FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS OUEST

ANNEE 1972

N° 52

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

VALORY Michel

né le 7 Novembre 1939 à SAINT-ETIENNE (Loire)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

HYPOCONDRIE ET ADOLESCENCE

A propos de trois observations

Président : M. GOULON - Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS OUEST

ANNEE 1972 N°_____

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

VALORY Michel

né le 7 Novembre 1939 à SAINT-ETIENNE (Loire)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

HYPOCONDRIE ET ADOLESCENCE

A propos de trois observations

Président : M. GOULON - Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT PROCHES....

A Monsieur le Professeur GOULON

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur BRION

Toute ma reconnaissance pour la direction de ce travail.

A Monsieur le Docteur E.R.

En hommage d'analyse

A ANDRE

I- INTRODUCTION

De tous temps, l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, a été marquée par de nombreux et difficiles problèmes de transformation et d'adaptation, aussi bien physiques que psychiques. Dans les conditions optimales de personnalité et de milieu, l'évolution se fait, tant bien que mal, mais sans que deviennent nécessaires des interventions particulières, tant est grande la plasticité de la jeunesse. Mais il n'est pas rare non plus que les conditions présentes offrent un terrain propice à l'éclosion de heurts, d'inadaptations, qui exigent alors des mesures extérieures appropriées.

Au cours de ces dernières années, des remises en question de vérités considérées - à tort, les faits le prouvent - comme premières et indiscutables, ont donné aux problèmes de l'adolescence une acuité nouvelle, et réclament un abord nouveau. En effet, ce qui caractérise la psychopathologie de l'adolescence - et c'est peut être en ceci qu'elle constitue un "défi pour tous les psychiatres" selon l'expression de W.A. SCHONFELD - c'est l'extrême polymorphisme de la symptomatologie, polymorphisme dans lequel il s'avère extrêmement difficile - tant l'adolescence est une période de mouvance - de distinguer clairement des entités nosographiques stables. Quelle signification peut donc avoir la prévalence du symptome hypochondriaque, symptome qui lui même se présente sous des limites si peu nettes que certains auteurs (GRENFIELD et ROESSLER 1958) estiment préférable d'abandonner purement et simplement le terme.

C'est dans ce sens, qu'à l'occasion de trois observations d'hypocondrie chez des adolescents nous avons abordé la question.

Ces trois observations ont été choisies par ailleurs parce que :

- d'une part les deux premières illustrent deux contextes cliniques où s'articule le symptôme hypocondriaque, à savoir :

. la première une névrose d'angoisse avec des manifestations hypocondriaques aigues (obs. 1) ;

. la seconde, une psychose schizophrénique où le symptôme hypocondriaque s'affirme comme phase inaugurale (obs. 2)

- d'autre part, la troisième observation, qui est le résumé d'entretiens psychothérapiques que nous avons eu la chance d'avoir pendant deux ans avec un adolescent hypocondriaque, sera reprise à propos de la signification étio-pathogénique du symptôme.

A partir de ces trois cas, nous nous proposons de reprendre dans son ensemble la question des hypochondries juvéniles, mais il sera évidemment nécessaire sur certains points d'envisager les notions acquises dans le domaine de l'hypocondrie en général, sans distinction d'âge. C'est pourquoi nous avons établi et suivi le plan de travail que voici :

- tout d'abord, un "Historique" nous montrera comment au fil des années, les concepts ont été acquis, puis se sont transformés au fur et à mesure que la psychiatrie progressait, en particulier dans le domaine et de la psychanalyse et de son corollaire, la psychothérapie ;

- puis nous exposerons nos propres observations ;

- nous verrons alors qu'elles sont les formes cliniques que l'hypocondrie est susceptible de revêtir, depuis des tableaux bénins, bouffées sur un terrain normal, et sans lendemain, jusqu'aux graves évolutions vers la schizophrénie ;

- nous aurons à rappeler les éléments susceptibles de faire un diagnostic positif d'hypocondrie, et aussi d'établir un diagnostic différentiel avec d'autres états psychopathologiques plus ou moins voisins, mais qui, ayant d'autres causes et d'autres évolutions, exigent aussi d'autres moyens d'abord et de traitement.

- Enfin, dans une perspective dynamique nous discuterons les hypothèses que l'on peut faire quant à la pathogénie de ces troubles. La question de savoir si la puberté, par le bouleversement corporel qu'elle met en scène ne vient pas jouer un rôle majeur, nous retiendra plus longuement. Cette discussion empruntera ses éléments conceptuels à la pensée psychanalytique.

II- HISTORIQUE

Bien des définitions ont été données au terme d'hypocondrie au long des siècles, au fur et à mesure que des conceptions physiopathologiques s'établissent, disparaissent, se modifient. HIPPOCRATE fut le premier à décrire une zone anatomique abdomino-viscérale, l'hypocondre, et à le considérer comme un possible point de départ d'états mentaux. Mais c'est GALIEN qui proposa une explication qui, pour être naïvement exprimée, n'en avait pas moins déjà une prescience de la médecine psychosomatique. Pour GALIEN en effet, l'hypocondrie était une maladie prenant son origine dans un trouble primaire de l'hypocondre, avec migration de l'atrabile vers le cerveau. Il s'agissait d'une sorte de mélancolie caractérisée par la coexistence de signes abdominaux et de signes psychiques, un sang épaissi, corrompu, entrainait une obstruction tandis que les vapeurs engendrées dans les viscères remontaient dans le cerveau et y altéraient les esprits animaux. Longtemps, la médecine devait demeurer dans un cadre défini par la théorie des humeurs, et cherchait par conséquent à préciser lequel des organes devait être rendu responsable du trouble psychique ; foie, estomac, intestin, rate, mésentère. Quant aux manifestations psychiques, bien que constantes, elles gardaient un caractère secondaire, et même accessoire. La théorie des esprits animaux, formulée par HIGMORE WILLIS en 1667, par SYDENHAM en 1682, était le prélude au concept de névrose. L'hypocondrie devint alors une "passio colica" et d'expliquait par une irritation des humeurs, par des vapeurs subtiles et mobiles, acides ou alcalines, empruntant la voie des

fibres nerveuses relâchées, affaiblies, entrainant ainsi des troubles de la sensibilité. On peut donc dire qu'après la période organique, digestive de GALIEN, vint une période qui sous l'influence des doctrines philosophiques nouvelles donna la prédominance aux troubles de l'esprit, à une atteinte primitive et essentielle des nerfs au niveau desquels siège le mal. Hypocondrie et Hystérie, mal séparées l'une de l'autre, sont dûes selon SYDENHAM au XVII° siècle à l'ataxie des esprits animaux circulant dans les nerfs.

La troisième période débute au XVIII° siècle avec BOISSIER DE SAUVAGES de la Croix, et coïncide avec les premiers éléments d'édification de la psychiatrie moderne. SAUVAGE publie en 1770 une nosologie méthodique dans laquelle nous lisons que l'hypocondrie fait partie des désordres purs de l'esprit et consiste en "une hallucination de l'homme sur sa propre santé". Mieux SAUVAGE distingue déjà des degrés de gravité, des formes cliniques différentes : simple préoccupation craintive, mais, à l'extrême, bouleversement profond de la raison, autrement dit hypocondrie simple et hypocondrie délirante. CHEYNE considérait l'hypocondrie comme une maladie mentale, dite anglaise (1733). Pour CULLEN, en 1795, l'hypocondrie était un trouble de l'imaginaire, le dérèglement des fonctions vitales de base étant dû à un abus des plaisirs de la vie, affaiblissant l'individu et l'incitait à porter attention aux moindres défaillances de sa santé. On revient ainsi à la conception moraliste de HIGMORE NATHAN qui considérait l'hypocondrie, ainsi que l'hystérie d'ailleurs, comme des "passions" (1669). En 1730, DE MANDEVILLE traitait en bloc les maladies hypocondriaques et hystériques.

Avec le début du XIX° siècle, nouveau tournant qui détache les conceptions de la biologie pour les ramener à une moralisation, l'hypocondrie étant une maladie mentale. Elle quitra ses attaches corporelles et entra dans le domaine psychiatrique, où furent faits de grands efforts de classification.

Avec FALRET (1822) l'hypocondrie devient un trouble mental lié soit à une atteinte organique du cerveau, soit à une façon morbide de penser. En même temps deux formes sont distinguées : l'hypocondrie simple, l'hypocondrie délirante. La première va bientôt s'intégrer dans le tableau de la neurasthénie (BEARD) qui connait une grande vogue et englobe bientôt l'ensemble des troubles fonctionnels du système nerveux. La seconde, l'hypocondrie délirante est considérée comme un élément symptomatique commun à différents aspects de la folie. Mais elle va rapidement se fragmenter en même temps que sont isolées les différentes entités de mélancolie, de délires systématisés, de paralysie générale. On revient à considérer ce que l'on appelera fin du XIX° siècle et début du XX° tempérament hypocondriaque, ou encore constitution hypocondriaque selon les termes de ROY en 1905. Avec WOLLENBERG l'hypocondrie entre dans le groupe des neurasthénies, nervosisme de BOUCHUT, névropathie cérébrocardiaque de KRISHABER, névralgie générale de VALLEIX et encore neurasthénie constitutionnelle de REGIS.

Les premières décennies du XX° diècle sont occupées au sujet qui nous occupe à un démembrement de l'hypocondrie, par AUBANEL, par MARCHAND, par ROY, puis à un regroupement des conceptions en deux courants principaux, mais contraires : conception organogénétique, conception psychogénétique. En somme on est d'accord sur les deux séries, corporelles et mentales, des manifestations, mais l'on diverge sur la primauté à accorder à l'une ou à l'autre. La lésion organique provoque-t-elle le trouble psychique, ou celui-ci entraîne-t-il des perturbations physiques ? Un progrès est réalisé lorsqu'en 1907 DUPRE et CAMUS définissent les cénestopathies ; à leur suite, en 1911 DEJERINE affirme l'existence de manifestations fonctionnelles des psychonévroses. Mais de plus en plus l'hypocondrie est conçue comme un style d'existence névrotique, encore que son interprétation connaisse deux courants ; l'un d'interprétation psychanalytique

avec FREUD, SCHILDER, HESNARD, l'autre d'explication de type phénoménologique avec BLONDEL et son ouvrage "La conscience morbide" publiée en 1914. Selon les tenants de l'école freudienne, il existe des rapports entre hypocondrie et économie libidinale. Avec FENICHEL, KLEIN, on arrive à une conception de l'hypocondrie fondée sur la relation objectale. Adoptant pour la plupart les théories psychanalytiques, les auteurs modernes s'accordent pour accepter la psychogénèse du trouble hypocondriaque. En 1936, BROWN écrit qu'il s'agit de la traduction d'un état affectif, et distingue l'hypocondrie névrotique ou mérergasique, de l'hypocondrie psychotique ou parergasique, à quoi il ajoute l'hypocondrie dépressive. Cinq ans plus tard, KATZEBEKBOGEN pense qu'il s'agit d'une entité exprimant une attitude anormale envers la maladie, et conditionnée d'une part par la personnalité psycho-affective du sujet, d'autre part, par les facteurs favorisants de son milieu. EY devait reconnaitre en 1950 toutes les difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit d'établir une classification et d'y situer l'hypocondrie ; il parle de "troubles hypocondriaques" au nombre desquels s'inscrivent les cénestopathies de DUPRE, situées au niveau le plus neurologique, les préoccupations hypocondriaques liées à la projection imaginaire de l'anxiété et situées au niveau le plus psychologique ; enfin, les délires hypocondriaques avec remaniement complet de la personnalité, conçu dans la perspective pathogénique organodynamiste.

Les travaux philosophiques modernes, ceux de SARTRE en particulier, ne manquèrent pas de projeter sur l'hypocondrie, directement ou indirectement, des lumières nouvelles et bien en rapport avec les évènements sociaux de ces dernières années. Pour KENYON (1965) il ne faut pas méconnaitre le rôle des facteurs sociaux et culturels, les influences pathogènes, et même iatrogènes de la vie moderne. Des enquêtes, des études, des statistiques des données sociologiques et psychométriques ont été

effectuées, qui, reconnaissons-le, aboutissent pour notre part à une conclusion : l'imprécision nosologique de la notion d'hypocondrie. Après des siècles d'observations, d'hypothèses, nous sommes arrivés à l'alternative : l'hypocondrie est-elle une entité nosologique définie, ou un symptôme susceptible d'appartenir à des états psychopathologiques divers ? Nous n'irons pas jusqu'à adopter les vues de GREENFIELD qui en 1958 niait purement et simplement la notion d'hypocondrie en tant qu'entité.

Cet aperçu historique fait entrevoir les difficultés auxquelles se heurte le psychiatre lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic et de décider d'une approche thérapeutique.

Nous avons survolé les écrits consacrés à l'hypocondrie en général. Signe des temps, l'affection chez l'adolescent n'a vraiment été retenue et étudiée que ces dernières années : en 1932, D.M. LEVY décrit l'intérêt corporel chez l'enfant, et l'apparition de l'hypocondrie ; CURRAN en 1942 traite de l'image corporelle chez l'adolescent de sexe masculin. A. FREUD en 1957, cherche à définir le rôle de la maladie somatique dans la vie psychologique des enfants. NITSCHKE en 1960 apporte des cas d'hypocondrie infantile. MAB en 1962 ne manque pas dans son ouvrage consacré aux psychothérapies de l'adolescent, d'indiquer l'hypocondrie comme l'une des indications principales. SCHONFELD en 1964 étudie les troubles de l'image de soi chez l'adolescent avec perturbations du développement sexuel. La même année, 1964, HUNTER rapporte des exemples d'hypocondrie chez des étudiants en médecine. Pour TOMKIEWICZ et FINDER (1966) il s'agit dans l'adolescence de dysmorphophobie.

Nous avons encore relevé, dans les publications de ces dernières années consacrées à la psychiatrie des jeunes gens, les observations de SICHEL concernant les bouffées hypocondriaques aiguës, dont nous apportons précisément un exemple. P. BLOS en 1967, consacre une monographie aux adolescents. Pour SMITH, en 1970, la question est posée : hypocondrie,

symptome ou entité ? Pour PILOWSKY la même année, il existe des hypocondries primaires et des hypocondries secondaires. Enfin tout récemment, EBTINGER et SICHEL dans un ouvrage consacré à la psychopathologie de l'adolescence, montrent que l'hypocondrie peut déboucher sur des tentatives suicidaires, ce que FALRET avait déjà indiqué en 1822. Reprenant les trois phases successives de l'adolescence telles qu'elles avaient été formulées par BOSS, EBTINGER et SICHEL distinguent la première adolescence, dominée par les conflits liés à la sexualité, l'adolescence proprement dite, caractérisée par la rupture des liens d'objets primitifs, l'adolescence tardive, occupée par les phases des identifications irréversibles du Soi, avec bouleversement corporel, avènement de la sexualité, affrontement à l'autorité et à la contention sociale; Surviennent alors des remises en question du corps avec pour traductions pathologiques la dysmorphophobie, les bouffées hypocondriaques aiguës et les formes hypocondriaques de schizophrénies chez les adolescents.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, l'étude de l'hypocondrie chez l'adolescent, nous exposons dans les pages qui suivent les observations qu'il nous a été donné de recueillir.

OBSERVATION N° 1

Nous sommes amenés à voir dans le Service de Médecine Générale, G.... 15 ans, hospitalisé pour une douleur de la partie gauche du cou. Il y a un mois, G ... a fumé pour la première fois une cigarette de haschich, à la suite de laquelle il s'est "senti mal", éprouvant soudainement une sensation de grosseur au niveau de la région sus-claviculaire gauche, grosseur qui devient vite douloureuse, avec des paroxysmes, irradiant derrière l'oreille, vers la mastoïde gauche.

Devant la découverte de cette tumeur, G... déclare lui-même avoir eu l'impression qu'il allait mourir d'un moment à l'autre, par une sorte "d'infection foudroyante qui lui monterait au cerveau, par l'artère jugulaire (sic)". Le lendemain, toujours aussi anxieux, il va consulter un médecin - sans sa mère, par crainte de l'aveu du haschich - qui ne constate rien à l'examen physique et fait faire cependant un bilan radiologique, qui s'avère entièrement négatif. Rassuré, G... qui ne ressent plus rien, met tous ses maux sur le compte du haschich, se promet de ne plus tenter aucune "expérience" et rentre chez lui.

Trois semaines plus tard, il a de nouveau un épisode d'angoisse et croit qu'il va mourir. "Son mal l'a repris, il ne peut plus rien avaler, et sa tumeur, qui grossit de minute en minute, va l'asphyxier si on ne tente pas une intervention chirurgicale en catastrophe". Il retourne - cette fois-ci avec sa mère - chez son médecin, qui, devant le caractère peu banal des troubles, et l'anxiété massive, le fait hospitaliser.

Ce qui nous frappe, lorsque nous voyons G ..., c'est l'angoisse extrêmement profonde qu'il exprime. Malgré le caractère négatif de tous les examens médicaux, dont les résultats lui sont communiqués à plusieurs reprises, il reste persuadé

que la tumeur, "même si elle n'est pas visible de l'extérieure, se développe en profondeur, envahissant les tissus sous-jacents.

Il nous supplie de croire à la réalité de ses troubles - en doute-il lui même ? - et de l'amener au plus tôt, sur une table d'opération "sa dernière chance de salut". Il réinterprète l'épisode de la cigarette de haschich, qui "lui a peut-être laissé un empoisonnement dans le sang," et sent se constituer une poche sanguine en haut du poumon gauche, poche qui va bientôt se rompre, inondant tout l'appareil respiratoire et l'asphyxiant. La rationalisation hypocondriaque prend parfois un aspect délirant. La poche sanguine communique avec l'oesophage et tout ce qu'il avale peut contribuer au déclenchement cataclysmique. G ... veut continuellement être rassuré, ne cesse de réclamer aux médecins et aux infirmières du Service, de nouveaux examens complémentaires. Il se plaint de crises de sueur et ne chasse pas les préoccupations hypocondriaques. "Je suis foutu ... mon poumon gauche ne marche presque plus ... tout va bientôt être envahi ... j'ai mal à tout mon côté gauche ... je n'arrive pas à dormir ... j'ai le coeur qui bat tout le temps ... il m'est impossible de rien avaler ..."

De fait, il est très agité. Sa parole est rapide, tendue. Il prend son pouls à de nombreuses reprises au cours de la journée. Il voudrait qu'on en fasse autant pour la température. Parfois, il éclate en sanglots, à la pensée, dit-il "que personne ne peut rien pour lui, que sa maladie est unique, inconnue des médecins". Au cours du séjour, alternent des états d'abattement - pourquoi faut-il que cela tombe sur moi - et de revendications agressives allant parfois jusqu'à des interprétations sur un mode persécutif. Les médecins" ne l'opèrent pas, car ils veulent observer l'évolution de la maladie jusqu'à son stade terminal dans un but scientifique".

Cependant, sous l'effet de la chimiothérapie (neuroleptiques et tranquillisants) l'angoisse cède peu à peu, tandis que les plaintes hypocondriaques - moins vives - deviennent plus labiles. S'il a du mal à respirer, et s'il a mal à la tête, il ne ressent presque aucune douleur et la tumeur à pratiquement disparue. D'un jour à l'autre, il se met à critiquer en plaisantant ses maux de la veille, en ayant l'impression qu'il s'agit d'une "maladie imaginaire".

De ce jour, il peut accéder à la verbalisation de ses problèmes : de parents divorcés, il a été élevé par sa mère et sa soeur ainée (25 ans) et se plaint d'une atmosphère familiale trop exclusivement féminine qui "lui a gaché le caractère en le rendant mou et peu volontaire". Il est nostalgique d'un père, qui, seul selon lui, "aurait pu lui apprendre la fermeté et le rendre plus agressif". L'épisode du haschich vient symboliser dans la transgression ses désirs d'autonomie.

Les tests d'efficience ne correspondent pas au niveau des acquisitions (104 au Binois-Pichot, 110 au D 48). En effet, G ... est de deux ans en avance sur la scolarité normale. Aux épreuves projectives, outre le caractère obsessionnel de la pensée, il faut relever une agressivité intense à la planche à implication paternelle, des attitudes de rivalité surcompensatoires masquant de graves difficultés d'identification. Il existe des défenses de type hystérique, mais l'examen souligne que le Rorscharch n'apporte aucun élément en faveur d'une structure hystérique organisée. Il témoigne par contre de la grande immaturité de G ... de son angoisse massive, et d'une inhibition des relations affectives.

Bientôt, G ... demande sa sortie, arguant qu'il a été "malade des nerfs". Son hospitalisation a duré six semaines. Depuis, suivi régulièrement en consultation, il ne présente jusqu'à maintenant aucune rechute hypocondriaque et poursuit ses études en lesquelles il semble s'investir de manière satisfaisante.

Devant une telle observation, ce qui nous frappe, c'est le caractère aigu du trouble, son début brutal, sans antécédents psychiatriques notables, le caractère majeur de la plainte hypocondriaque avec le sentiment de mort imminente, l'angoisse massive qui rend ce malade peu accessible d'emblée à une relation psychothérapeutique. La structure sous-jacente nous parait être celle d'une névrose d'angoisse si tant est que l'on puisse appliquer le terme de structure à ces "états générateurs, ces nébuleuses en puissance d'organisation" que sont les crises d'angoisse. La construction hypocondriaque semble alors une tentative faite par le Moi du sujet pour cristalliser l'angoisse en un catalogue de symptomes qui peut désormais justifier la plainte et les revendications. Le caractère labile de la symptomatologie est d'ailleurs une des difficultés majeures de la psychopathologie de l'adolescence. ROUART écrit: "une entité nosographique bien définie se présente sous une forme structurée... Or, les troubles mentaux qui présentent le plus ce caractère et peuvent le plus facilement entrer dans une classification sont ceux de l'adulte. Il résulte de l'expérience clinique relative à l'adolescent qu'il est impossible d'établir des catégories valables et rigoureuses même d'un point de vue qui serait seulement sémiologique. La pratique et la théorie montrent que ce n'est pas nécessaire. La sémiologie ne nous montre aucun symptôme qui soit spécifique d'une espèce morbide, ce qui n'empêche pas certains symptomes de nous orienter le plus souvent par leur groupement ou leur contexte de certaines éventualités évolutives".

Ici, les données d'anamnèse montrent que ces manifestations aiguës n'évoluent pas dans la plupart des cas vers une

organisation hypocondriaque stable. Ce qui donne la clef du diagnostic ce sont moins les caractères propre du trouble hypocondriaque que la structure sous-jacente et le rôle dynamique du symptôme dans la lutte contre l'angoisse. L'apparence de catastrophes contraste, semble-t-il, avec la bénignité du pronostic. Toutes ces caractéristiques distinguent ces accidents aigus de la forme hypocondriaque de la schizophrénie illustrée par l'observation suivante :

OBSERVATION N° 2

Le jeune P ... âgé de 17 ans, est hospitalisé pour la première fois en mars 1969 à la suite d'un raptus anxieux. Dans la nuit du 8 au 9 Mars, il se réveille brutalement vers minuit avec une sensation d'étouffement. Il se lève, se regarde dans la glace, se trouve très pâle, couvert de sueur. Un médecin appelé en urgence le trouve extrêmement agité, angoissé, avec une tachycardie à 180, et le fait hospitaliser.

P... déclare que de tels épisodes sont assez fréquents chez lui, survenant de façon très irrégulière, à prédominance nocturne. Une chimiothérapie à base de tranquillisants et de neuroleptiques l'améliore considérablement. Après deux semaines, les angoisses ont complètement disparues. Le malade ne se plaint plus de son coeur, il dort régulièrement, affirme être "guéri". Il part se reposer un mois chez ses grands-parents, puis revient, irrégulièrement en consultation pour déclarer que "tout va bien". Il est réadmis dans le service en janvier 1970 à la suite d'une nouvelle crise d'angoisse. Depuis quinze jours, il se plaint d'insomnie, de réveils brusques, avec une impression d'étau à la gorge, des palpitations cardiaques, une sensation d'étouffement.

Les préoccupations hypocondriaques sont cette fois beaucoup plus nettes. P... décrit de façon très angoissée les variations de rythme de son coeur au cours de la journée. Il craint une grave maladie. L'examen cardiaque et l'électrocardiogramme sont normaux. Mais d'autres symptômes l'inquiètent : il saigne du nez, se sent les jambes comme du plomb, se trouve un oeil plus bas que l'autre, a envie d'uriner juste après la miction. Par ailleurs, P... est déprimé, il se sent triste, ne fait rien depuis plusieurs semaines, n'en a pas le goût, s'estime bon à rien, pense ne pas avoir de place dans la société actuelle. Ces thèmes dépressifs et d'auto-accusation s'expriment par rapport à sa situation familiale et professionnelle. Sa mère, qui a 42 ans, travaille dans un self-service. Le père, qui n'a jamais vécu avec elle, s'est marié par ailleurs et a des enfants avec lesquels P... n'a aucun contact. Il n'a lui-même, ni frère ni soeur, il refuse de parler de son père. "Je veux qu'il soit en dehors de tout cela, je ne veux pas qu'on l'ennuie à cause de moi". Le sentiment d'être rejeté du milieu familial est exprimé avec angoisse. "Je suis un affreux rejeton. J'ai toujours été une charge pour ma mère, c'est peut-être à cause de moi qu'elle ne s'est pas remariée". Vis-à-vis de ses camarades, P ... ne voulait jamais parler du fait que sa mère était célibataire, et disait que son père était en voyage.

A cette culpabilité intense fait pendant une agressivité tout aussi virulente, déplacée sur la société en général, et les bourgeois en particulier : "je les emmerde".

P... a eu une scolarité médiocre. Il réussit cependant à passer son C.E.P. puis entre dans une école d'électronique qu'il doit abandonner pour insuffisance en mathématique. Après quelques mois pendant lesquels il reste sans travail, il entre chez un employeur comme apprenti électricien. Là se situe un épisode qui illustre bien l'alternative de l'agression et de la culpabilité. Accusé par son patron d'avoir volé une somme importante dans la caisse, il entre dans une violente colère, bien

que son employeur ait fait quelques heures après amende honorable. "Si j'avais eu un revolver, je l'aurai descendu, et même maintenant je ne sais pas ..." Il quitte son travail, connait à nouveau quelques mois d'inactivité, fait un essai dans une maison d'électricité qui se solde par un échec, car, dit-il, "on y buvait trop et il y avait de nombreux homosexuels".

Actuellement, il ne travaille pas, et passe ses journées à capter des radio-amateurs avec un appareil de sa fabrication. Cette activité est pour lui un moyen de garder un contact avec les autres, "par la radio, il n'y a pas de politique, pas de barrière ... on a un contact avec un ami qu'on ne connait pas". De fait, il est habituellement renfermé et n'a pas d'amis, aussi bien garçons que filles. P ... se fait beaucoup de soucis pour son avenir professionnel, tout en désirant "tout laisser tomber" pour devenir hippie.

Au cours de la cure neuroleptique, l'anxiété diminue progressivement, tandis qu'apparaissent des éléments nettement psychotiques. P ... dit ne plus se reconnaitre dans la glace. Il a maintenant "une autre personne" devant lui. Son nez, sa bouche, ont changé. Ce syndrome de dépersonnalisation se confirme bientôt. P... se regarde de plus en plus dans un miroir. Il ne se reconnait pas. "C'est comme la voix que l'on enregistre dans un magnétophone, les autres la reconnaissent, mais on ne la reconnait pas soi-même." Il se déclare "hypnotisé" en fixant les objets, et a l'impression d'être dans un rêve, de ne plus ressentir le monde extérieur, tout en disant "qu'il s'extériorise" ... Cette fascination qu'il ressent vis-à-vis des objets lui est intolérable. Par ailleurs, il pense agir à distance sur les gens lorsqu'il "se concentre" sur leur nuque. Il devient figé, amimique, erre dans les couloirs, sans parler à personne.

Parfois, l'angoisse surgit avec une recrudescence des craintes hypocondriaques. Il se réveille la nuit en sueur, réclame à cor et à cri un nouvel électrocardiogramme, car il est

près d'avoir une maladie cardiaque. Il a du mal à reprendre sa respiration. Cette cristallisation hypocondriaque s'accompagne d'une peur panique de mourir.

L'examen psychologique révèle un niveau intellectuel moyen : 100 au Binoit-Pichot, 70 au D 48, et le caractère franchement marginal de la symptomatologie. La pensée est extrêmement appauvrie, envahie par des préoccupations stéréotypées à dominance hypocondriaque. Les références aux normes socialisées sont très insuffisantes ; les possibilités relationnelles et les capacités d'intérêt demeurent réduites.

Le pronostic apparait très réservé. En effet, les défenses actuelles hypocondriaques et dépressives semblent insuffisantes pour éviter une évolution délirante sur le mode persécutif avec troubles du comportement, attitude de repli et d'isolement autistique. L'hospitalisation de P ... aura duré trois mois. A sa sortie, l'hypocondrie avait nettement régressé ainsi que l'anxiété. Les risques de dépersonnalisation, moins nets, bien que grevant le pronostic, semblent compatibles avec un séjour en hôpital de jour.

IV- TABLEAUX CLINIQUES

On a très vite remarqué que l'hypocondrie affectait des périodes bien particulières de la vie, et prenait de ce fait des aspects différents. C'est ainsi que l'hypocondrie connait une fréquence particulière vers l'âge de quarante ans, lors des phases dépressives susceptibles de survenir à cette période de la vie, banalisant ainsi l'angoisse existentielle. On observe également l'hypocondrie à la phase involutive de la vie, ce que HAFFNER a appelé la banqueroute de la retraite ; mais il est à noter que lors de la grande vieillesse, proche de la mort, l'hypocondrie n'existe pas, ou s'estompe, de façon assez paradoxale.

Nous arrivons ainsi à l'enfance et à l'adolescence : pour la première, l'hypocondrie se verra chez les émotifs et les anxieux, et représente un mode de communication affective au sein de la relation parent-enfant. Selon HAFFNER, l'hypocondrie peut conditionner des psychopathies hypocondriaques à début précoce, durables, rappelant la constitution hypocondriaque que nous avons décrite plus haut.
pour la seconde, l'adolescence, l'hypocondrie peut se constituer pour témoigner de l'impuissance du sujet à accéder à l'autonomie ; elle est fréquente, nous l'avons dit, dans les états prépsychotiques et dans les débuts de la schizophrénie.

Voyons donc, plus en détail, les caractères propres à l'hypocondrie lorsque celle-ci s'observe chez l'adolescent.

L'adolescence, étymologiquement "grandir" désigne la période intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte. La fin de la croissance coïnciderait selon cette définition, avec l'entrée dans l'âge adulte ; le fait, "être adolescent est bien plus qu'être en croissance et davantage aussi qu'être pubère". (EBTINGER & SICHEL). Le concept d'adolescence ne se limite pas à des expressions somatiques, à des répercussions psychologiques immédiates. Il faut également y faire intervenir la notion de durée, parfois de plusieurs années, puisque variable d'un sujet à l'autre : c'est donc une période beaucoup plus qu'une crise. A l'intérieur de cette période d'ailleurs, BLOSS a fait intervenir trois phases qui se succèdent dans le temps :

- une phase de première adolescence, dominée par les conflits liés à la sexualité ;

- une phase d'adolescence proprement dite, et qui se caractérise par la rupture des liens d'objets primitifs ;

- une phase d'adolescence tardive enfin, phases des identifications irréversibles du Soi ; on peut, donc dire, que cette période de l'adolescence, triphasique, est dominée par le bouleversement corporel, par l'avènement de la sexualité, par l'affrontement à l'autorité, par la contention sociale responsable de remaniements profonds, multiformes, entrainant un comportement paradoxal et dont l'issue est finalement incertaine. Mais l'adolescent appartient à un milieu, familial, scolaire, social qui agira sur les attitudes du jeune être, et qui les infléchira. Lorsqu'on veut étudier le bouleversement corporel propre à la période de l'adolescence, force est-on de le replacer dans son contexte ; il s'agit néanmoins avant tout de préciser l'articulation de la problématique du corps et de l'estime de soi, afin

de fixer les limites entre le normal et le pathologique : ce qui est plus difficile encore chez l'adolescent que chez l'adulte.

La période de l'adolescence est chez tous les jeunes marquée de crises et de l'organisme, et de la personnalité : crise de l'organisme, étant donné les transformations physiques et psychologiques, qui bouleversent l'équilibre du corps : crise de la personnalité, puisque l'adolescent doit assumer la tâche de la constitution de son identité.

Entre 10 et 12 ans, il y a eu acquisition d'une maturité enfantine, apportant une relative sérénité aussi bien pour l'équilibre corporel que pour l'équilibre des mécanismes intellectuels et pour l'intégration sociale, phase qui est suivie de la période des mises en question. Le corps a bien acquis un surcroit de vitalité, mais en même temps perturbe la représentation rassurante d'une image unifiée qui avait été progressivement élaborée au cours de l'enfance. Outre la sexualité, ce brusque accroissement de la force musculaire sera ressenti comme une intrusion qui met en cause l'unité du Moi, et introduira un sentiment obscur de dangerosité pour soi, comme pour autrui. Ainsi se produisent des dysharmonies inévitables entre l'évolution des diverses fonctions, entre les potentialités et les possibilités de réalisation - qu'il s'agisse de défaut d'organisation interne, ou de barrage provenant de l'extérieur ; ainsi se cristallise la problématique de l'adolescent autour de la question de l'identité, à maintenir, à mettre en question, à reconquérir, enuune progressive individuation (EBTINGER et SICHEL). On voit déjà combien, dans les conditions optimales, dites normales, cette période de l'adolescence est troublée, un équilibre n'étant finalement atteint qu'après bien des fluctuations et adaptations. Il n'est donc pas surprenant qu'elle favorise, dès que les circonstances ne s'adaptent plus à cette transformation - qu'il s'agisse de facteurs endogènes ou exogènes

ou encore des deux associés - l'éclosion de troubles, l'apparition de manifestations pathologiques. Dans le seul domaine de l'hypocondrie qui est notre sujet, il n'est pas surprenant d'en trouver des expressions cliniques chez l'adolescent. HAEFNER, pour qui quatre âges de la vie conditionnent quatre formes d'hypocondrie, s'exprime pour celle de l'adolescence en ces termes : la préparation du corps en vue de la réalisation des possibilités d'existence est très importante. Cette préparation peut se retourner contre elle-même, et, dans la mesure où elle est installation dans le possible, ne plus permettre de contact avec la réalité. C'est également l'opinion de EBTINGER pour qui cette stagnation dans la virtualité du possible parait une dimension caractéristique de l'hypocondrie de l'adolescent.

Manifestations hypocondriaques aiguës de l'adolescence : elles sont particulièrement intéressantes par leur relative fréquence, par leur réversibilité, par les caractéristiques qui les distinguent de la dysmorphophobie et des formes hypocondriaques des schisophrénies chez l'adolescent. Car on peut dire que l'adolescence est l'âge de l'hypocondrie banale, presque normale, parfois même bénéfique, parce que maturante (1).

---

(1) Nous rappelons à cet égard la crainte de la maladie, relativement fréquente, chez les étudiants en Médecine des premières années. Le premier savoir acquis sert de point d'appel à l'angoisse concernant leur propre identité ; crainte spécifique de leur âge. D'une façon plus générale, et en ce qui concerne la vocation médicale, HAIM note que le médecin "a sa propre angoisse de la mort, qu'il fait le même chemin que les autres hommes, et que son angoisse est une des racines de la vocation médicale. En s'occupant de la mort des autres, il espère se faire oublier de la mort, et surtout oublie lui-même sa mort" (HAIM - Les suicides d'adolescent).

Mais elle éclate parfois massivement, réalisant des crises aiguës, des bouffées hypocondriaques aiguës de l'adolescence, selon l'expression de EBTINGER et SICHEL, qui n'ont plus rien de commun avec l'hypocondrie banale. Ce sont alors de véritables catastrophes anxieuses, dont la nature psychotique demande à être précisée, et qui soulèvent également le problème du sens de la prévalence de l'investissement corporel hypocondriaque.

Notre première observation nous semble bien illustrer cette forme de manifestation aiguë, auxquelles peu d'auteurs semblent s'être intéressés. EBTINGER et SICHEL ont rapporté un cas personnel concernant un garçon de 14 ans chez qui l'anxiété a débuté à la suite d'une épistaxis très bénigne. L'enfant réclame des examens, se croit menacé d'une mort prochaine, se plaint de mille maux aux localisations diverses. L'angoisse atteint bientôt un degré tel que l'hospitalisation devient nécessaire. Les entretiens psychothérapiques, les neuroleptiques, rétablissent la situation, à nouveau compromise par la reprise d'une épistaxie légère. L'enfant doit être hospitalisé à nouveau, et les examens montrent que l'angoisse est moins vivement vécue, mais que les éléments d'hypocondrie délirant sont moins labiles : il faut redouter une cristallisation définitive. Cette fois l'amélioration est plus longue à amorcer par les entretiens psychothérapiques quotidiens et le traitement neuroleptique : le virage viendra, brusquement, diminution de l'anxiété, alimentation normale, l'enfant se déclare guéri, admet avoir été un malade imaginaire. Si, lors des bouffées, un caractère obsessionnel avec quelques rituels avait été noté, par la suite l'adaptation a paru satisfaisante, tant pour ce qui est des plaintes hypocondriaques, disparues, que du caractère obsessionnel.

Longtemps l'hypocondrie a été considérée comme une affection de l'âge adulte, et FALRET la situait après 25 ans et avant 60 ans. C'est HAMEL et BUISSON qui en 1936 ont été

des premiers à insister sur l'hypocondrie de l'adolescent, à propos d'une observation concernant un jeune homme de 19 ans. Puis HESNARD étudie le cas d'un étudiant de 17 ans présentant une bouffée hypocondriaque aiguë diagnostiquée démence précoce, améliorée grandement par le traitement psychanalytique. FROIS-WITTMANN a observé un cas identique, PERRIER en 1959 décrit un état d'angoisse hypocondriaque aigu déclenché chez un jeune garçon le jour d'un examen. Il est à noter que ce ne sont que des cas masculins qui sont relatés en tant que bouffées hypocondriaques aiguës de l'adolescent. La symptomatologie est à peu près univoque dans ces formes : si tous les organes sont l'objet de plaintes, il existe une grande prédominance pour le coeur, sous des formes d'ailleurs diverses, précardialgies, tachycardie paroxystique ; dans certains cas le jeune homme se plaint de céphalées. Il est curieux de noter que, à l'opposé de ce qui a lieu chez l'adulte, les plaintes ne sont jamais d'ordre digestif. Il est rare également que le sujet exprime la crainte de ne pouvoir être guéri, par contre il redoute la mort qu'il pense être imminente. C'est sans doute ce qui explique que l'angoisse soit centrée surtout sur le coeur, organe principal, central, dont l'activité est perceptible et dont les troubles sont nettement ressentis.

Il convient d'ailleurs de relativiser le terme d'hypocondrie en ce qui concerne l'adolescent. L'angoisse, manifeste, prévalente, submerge le sujet de façon souvent dramatique. L'hypocondrie se comprend comme un mode de défense transitoire qui cristallise au niveau du corps les bouleversements inévitables de cet âge. Nous sommes loin de "l'enkystement" du symptôme dans la plainte somatique, caractéristique de l'hypochondrie adulte. C'est en ce sens que nous préférons parler de manifestations hypochondriaques plutôt que d'hypocondrie proprement dite (1).

---

(1) Cette remarque, en ce qui concerne le sens du symptôme chez l'adolescent est d'ailleurs valable pour toute la psychopathologie de l'adolescence, ainsi que nous l'avons noté plus haut.

Le tableau clinique initial est tel, aux dires du malade, qu'une hospitalisation en service de médecine est de règle. Au cours de celle-ci, tous les examens et toutes les épreuves y sont pratiquées, qui donnent évidemment des réponses négatives. Aussi le séjour en médecine est-il bref, mais comme les troubles, l'angoisse sont néanmoins évidents, préoccupants même, le sujet sera envoyé en psychiatrie. L'adolescent supplie les médecins, exige des traitements énergiques, des médicaments puissants, par voie parentérale surtout. Les entretiens n'ont qu'un transitoire effet sécurisant, tant l'angoisse est intense, avec sensation de mort imminente au cours de l'accès, souvent avec des paroxysmes au cours desquels le malade pleure, supplie, se débat. La durée des bouffées est variable, au moins une semaine, au plus quatre mois. La régression s'amorce sous l'effet de traitements, tranquillisants, neuroleptiques, voire, mais exceptionnellement, sismothérapie. Les troubles sont vraiment aigus, et généralement rebelles aux entretiens psychothérapiques. La première amélioration en date concerne l'angoisse, qui rétrocède avant que ne s'estompent les préoccupations hypocondriaques. On peut redouter, étant donné l'aspect des troubles, une évolution schizophrénique, or, celle-ci ne se produit pas dans cette forme de bouffées aiguës, et c'est vraiment guéri que le sujet rentre chez lui, pour se réinsérer de façon satisfaisante dans le milieu familial comme dans le milieu social. La surveillance périodique prolongée pendant cinq, pendant dix ans, confirme la solidité de la guérison, l'absence de rechute. Il est alors intéressant d'interroger le sujet sur ses anciennes crises, afin de savoir comment il les considère et interprète rétrospectivement. Il parlera alors de maladie imaginaire, ou encore d'épuisement nerveux passagers. On ne constate pas de difficultés névrotiques majeures, toutefois on retrouve une très discrète tendance à l'hypocondrie.

Certains auteurs ont tenté, par comparaison des observations, de retrouver des circonstances communes susceptibles d'établir d'éventuelles causes prédisposantes. Il n'est pas rare que dans l'enfance, aient eu lieu une maladie grave, infectieuse surtout, un traumatisme ; bien des sujets avaient perdu leur père très jeunes, d'autres reconnaissaient ne pas s'entendre avec lui, les tests de RORSCHACH confirment cette carence paternelle très vivement ressentie. Dans quelques cas, c'est la perte prématurée de la mère qui est retrouvée, mais la carence maternelle parait moins gravement ressentie, cela en particulier du fait du remariage du père et d'une entente satisfaisante avec la belle-mère.

Un point commun, régulièrement retrouvé, est la culpabilité masturbatoire, intense, encore que non exprimée d'emblée. Tous pensent que leurs maux proviennent de pratiques masturbatoires répétées ; les entretiens psychothérapiques tentent de dédramatiser la problématique sexuelle. Revus plus tard, ces adolescents n'éprouvent plus de culpabilité masturbatoire, mais pensent qu'il s'agit d'un phénomène normal sans rapport avec les plaintes antérieurement exprimées, qu'ils considèrent alors comme absurbes. Une fois la crise surmontée, ces adolescents ont une conception de la sexualité vraiment en rapport avec leur âge.

Il faut se rappeler que l'hypocondrie plus qu'une entité structurale, est davantage un ensemble symptomatique, avec souvent des ambiguités diagnostiques, comme nous essayerons de le montrer plus loin. A priori, l'alternative névrose/psychose semble pouvoir être facilement tranchée. On est tenté de considérer les manifestations hypocondriaques de l'adolescence comme appartenant aux psychoses aiguës, pour les raisons suivantes : aspect délirant des plaintes, perte du sens de la réalité, effondrement total de l'estime de soi allant de pair avec un abandon de tout engagement professionnel et de tout contact

familial et social au cours de la crise. Ce sont bien là des critères cliniques propres à retenir le diagnostic de psychose aiguë.

Dans le cas de bouffée hypocondriaque aiguë, le plus souvent le début est brutal, sans avoir été précédé de signes annonciateurs ; on ne trouve dans les antécédents du sujet aucun trouble caractériel important. Le tableau clinique reste dominé par les plaintes hypocondriaques, avec angoisse intensément vécue, à rattacher au sentiment de mort imminente. Les malades sont agités, inopportuns, inaccessibles aux paroles qui cherchent à les rassurer. Quant aux accès, leur durée est variable. A la suite du traitement, on obtient une guérison clinique nette. Chez les sujets suffisamment suivis, on constate que cette guérison est solide, définitive, sans rechute, et qu'elle a permis une réinsertion professionnelle et sociale.

- Phase hypocondriaque de la schizophrénie :

Des états comme ceux que nous venons de décrire ne sont absolument pas superposables aux hypocondries inaugurales de la schizophrénie. Dans ce dernier cas, on se trouvera en présence d'un hermétisme autistique, d'une plus grande étrangeté, d'une symbolisation plus abstruse. Dans ce cadre d'une évolution franchement psychotique, le début est davantage insidieux. On relève dans les antécédents immédiats ou plus lointains des troubles du comportement. Ici encore, en poussée aiguë la scène est dominée par les plaintes hypocondriaques, mais il s'y ajoute des signes associés, le plus souvent à type de thèmes dépressifs, d'autisme, avec une angoisse plus diffuse, plus dévitalisée. Même après un traitement bien conduit, les rémissions sont moins nettes, les rechutes sont plus fréquentes. Et l'on verra l'évolution se faire, à peu près inévitablement, vers une schizophrénie paranoïde.

Nous reprendrons plus rapidement parce qu'elles sont mieux connues, les principales caractéristiques du délire hypocondriaque de l'hébéphrénie.

Selon EY, ces délires somatiques schizophréniques prennent les aspects suivants : préoccupations nosophobiques, sentiments d'étrangeté corporelle et de modification somato-psychique, troubles cénesthésiques, hallucinations cenesthésiques, démonopathie, zoopathie, impression de métamorphose sexuelle et organique, illusions de parasitisme viscéral, idées de transformation ou de négation des organes et des fonctions, courants électriques, travail térébrant de destruction des organes, des vertèbres, du coeur, opérations magnétiques à distance, processus magiques, démoniaques, viols à distance, sensations voluptueuses artificielles, brûlures, dépècement, prurit hallucinatoire, nous retrouvons ici tous les éléments vus plus haut et que EY considère comme des aspects constants des délires somatiques schizophréniques. Tout est donc question de degré, le thème hypocondriaque étant ici lié au thème d'influence persécutrice. Selon BELEY :
"le schizophrène se penche sur son corps... Il présente une sorte de concentration distraite sur ses maux... Il s'en fournit une explication vague. Ainsi se constitue le syndrome d'influence hypocondriaque ; c'est le caractère principal de ce lien mystérieux entre le trouble perçu et son origine persécutrice première, lien mystérieux dont le malade se satisfait, et dont il ne cherche à savoir ni le pourquoi, ni le comment".

Sur le plan diagnostique comme sur le plan pronostique, il y a lieu d'insister sur la fréquence des thèmes hypocondriaques dans les débuts de la schizophrénie, et d'une façon plus générale dans les débuts de l'évolution des processus délirants. Cette importance est telle qu'une forme clinique particulière a été dégagée parmi les hypocondries de la schizophrénie : nous voulons parler de la schizophrénie cénesthésique,

d'évolution lente et progressive, annoncée par une longue période prépsychotique, marquée de crises dysesthésiques, d'angoisse, d'apathie, d'indifférence, de rétrécissement du cercle vital. Soulignons, puisque le fait nous intéresse plus particulièrement, la fréquence des aspects hypocondriaques, ou neurasthéniques, dans les états prépsychotiques de l'adolescence.

- Hypocondrie et troubles de l'image corporelle :

Outre les facteurs psychogénétiques, les facteurs corporels en tant que données actuelles, jouent un rôle incontestable dans l'apparition d'une symptomatologie hypocondriaque. Les importantes modifications biologiques pubertaires sont manifestement un des premiers facteurs responsables des variations rapides de l'état émotionnel ou de l'énergie physique disponible. Si le malaise que l'adolescent ressent vis à vis de son corps est dû en grande partie à l'angoisse qu'il éprouve à propos de la sexualité, d'autres causes concernent la conscience du corps propre. Elles sont dues à l'intensité des transformations corporelles touchant à la fois les mensurations générales, les rapports des segments du corps, les formes générales et les signes visibles (barbe, poitrine, etc ...). L'adolescent doit refaire connaissance avec un corps qui s'affirme nouveau par le jeu modifié du système ostéo-articulaire, des dimensions, des limites de son enveloppe corporelle.

Des troubles médicaux mineurs créant un écart entre l'image du corps et les canonsesthétiques culturellement en vigueur ont un rôle non négligeable dans le déclenchement de crises anxieuses où prédominera une note hypocondriaque.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaitre la prédominance, sinon l'exclusivité, du sexe masculin dans les cas d'hypocondrie adolescente. Pourtant lorsqu'il s'agit des perturbations de l'image de soi, les deux sexes sont représentés, et même le sexe féminin risque de l'emporter, puisqu'il est lié à la coquetterie, à la mode, au désir de plaire. SCHONFELD a publié en 1961 une très intéressante étude de ces troubles de l'image de soi en cas de développement sexuel anormal. Nous nous expliquons :
l'image de notre corps est celle que nous formons dans notre esprit, et elle est donc psychologiquement déterminée, mais aussi psychosocialement adaptée. Cette adaptation dépend de la manière dont l'adolescent se voit lui-même par rapport à son environnement. Si le développement sexuel ne se déroule pas tout à fait normalement, l'image de soi est perturbée, ce qui entraine des conduites et des adaptations inappropriées. Les réactions de l'individu risquent d'être exagérées par une sollicitude parentale excessive, par des conflits émotionnels de la première enfance.

SCHONFELD a procédé à l'étude de cas individuels afin d'apprécier les facteurs susceptibles de perturber l'image corporelle, l'action de cette perturbation sur le développement de la personnalité et la nécessité d'une adaptation de l'adolescent à son image corporelle. Dans cette étude on trouve des troubles réels ou imaginaires du développement sexuel, qui se décomposent comme suit :

- 284 gynécomasties chez des hommes et des jeunes garçons ;
- 1400 hommes et jeunes garçons normalement développés ;
- 48 cas d'eunuchoïdisme ;
- 150 cas d'obésités chez des filles et des garçons ;
- 25 cas de retard de puberté chez la fille ;
- 50 cas de retard de puberté chez le garçon,
- 67 cas de sujets de très petite taille ou atteints de nanisme.

L'approche psychiatrique de ces sujets a été faite, depuis un simple entretien jusqu'à une psychothérapie intensive, mais dans tous les cas les troubles de développement vus d'abord par un examen hebdomadaire, ont été ensuite suivis tous les mois, au cours de l'adolescence. Les critères servant à évaluer l'image corporelle ont varié, attitudes notées au cours des interrogatoires estimation de soi, anamnétiques psychiatriques, observation psychologique directe, tests impliquant des dessins de personnes, de la famille, tests d'intelligence, de Rorschach.

SCHILDER décrit l'image corporelle comme un tableau de notre propre corps tel que nous le formons dans notre esprit, c'est-à-dire la façon dont le corps nous apparait à nous-même. C'est donc le noyau du concept du soi et de l'ego. Aux autres de faire la différence entre l'image corporelle et l'ego.

Les facteurs psychologiques complexes impliqués dans la détermination de la structure de l'image corporelle aussi bien à des niveaux de la conscience que de l'inconscience peuvent être classés comme suit :

1- Les expériences sensorielles actuelles de l'individu par rapport à son corps, à travers l'intégration depuis la première enfance de perceptions multiples, en particulier visuelles et tactiles ; la perception subjective actuelle du corps, à la fois en ce qui concerne son aspect et ses capacités fonctionnelles.

2- Les facteurs psychologiques internalisés provenant des expériences personnelles et émotionnelles de l'individu.

3- Les facteurs sociologiques, c'est-à-dire la façon dont les parents et la société réagissent vis-à-vis de l'individu, et son interprétation de leurs réaction.

4- Les attitudes vis-à-vis du corps, provenant des expériences perceptions, comparaisons, identifications de l'individu par rapport aux corps d'autres personnes.

Des modifications dans l'aspect actuel du corps peuvent provoquer des modifications profondes dans l'image corporelle et dans un sens opposé. L'auto-évaluation du sujet est ainsi fondée sur une combinaison de la configuration actuelle du corps, son aspect et les facteurs psychogènes et sociologiques indiqués plus haut qui affectent l'interprétation de cet aspect. A leur tour les troubles de l'image du corps résultent de l'échec du sujet à percevoir son corps, et ses diverses parties, tels qu'ils existent actuellement, ou encore ils sont dûs à des distortions actuelles du corps qui affectent l'auto-concept du sujet, sur la base de valeurs soit absolues, soit relatives.

Chaque enfant au cours de sa croissance se compose un concept de soi : ce tableau, ou image du corps est unique pour son propriétaire, puisqu'il provient de ses propres évènements sensorimoteurs et affectifs. Si les attitudes des parents, des camarades, de la société satisfont les besoins de l'enfant en amour et approbation, son image corporelle s'établit dans un cercle approprié, alors que si le monde lui manque, on peut s'attendre à de fréquents troubles de l'image de soi.

Celle-ci se modifie lentement au cours de l'enfance et de la pré-adolescence, les changements progressifs d'aspect et de taille sont facilement absorbés par l'image prédominante que l'enfant a de son propre corps. Mais au fur et à mesure que l'adolescence se déroule, l'allure des modifications s'accélère notablement. Il y a nécessité de restructuration radicale de l'image corporelle au cours de l'adolescence normale, étant donné les modifications rapides qui ont lieu à la puberté, en dimensions, en proportions du corps, en apparition des caractères sexuels primaires et secondaires. Il n'est pas rare que

l'adolescent sente que son corps ne lui est pas familier, qu'il ne fait pas vraiment partie de lui, et cette étrangeté prend la forme d'inconstance, d'inquiétude si typiques à cet âge de la vie. Au fur et à mesure que l'adolescence progresse, le jeune homme s'efforce de rétablir un sens fixe et vrai de lui-même, ou une identité. L'image corporelle idéale est un produit d'attitudes culturelles et familiales vis-à-vis du corps. Si la structure physique en cours de développement ne réussit pas à devenir conforme à l'image souhaitée, une source de conflits survient entre l'image idéale et l'image fixée. Il est certain que la capacité pour l'adaptation sociale dépend davantage de la famille et des attitudes culturelles vis-à-vis de la structure corporelle que d'un quelconque défaut actuel. L'état physique de l'adolescence, soumis à des pressions socio-psychologiques qui agissent comme un mécanisme amortisseur exerce néanmoins une action profonde sur l'image corporelle, et cela sciemment et inconsciemment.

LEVY a étudié des enfants présentant une sensibilité excessive vis-à-vis de leur corps. Des facteurs favorisants ont été trouvés à l'origine de ce comportement, sur-sollicitude parentale, antécédents de maladie ou d'accident grave dans l'enfance, changements physiques qui les rendaient très différents de leur famille, des notions de valeurs corporelles admises : par exemple taille trop petite, ou trop élevée, poids excessif, seins très volumineux, ou à l'inverse, trop petits.

SCHONFELD a bien saisi les troubles de l'image de soi :

- <u>dans les obésités masculines</u> de la pré-adolescence, où le trouble a pu être attribué dans un grand nombre de cas à des attitudes parentales perturbées : par exemple, les parents n'étaient pas satisfaits du sexe de leur enfant, le disaient devant lui ouvertement, ou le négligeaient, à moins que, se sentant coupables de tels sentiments, ils les compensaient par

une sollicitude excessive, également nocive. Juste avant la puberté, l'enfant reconnait et accepte son obésité. Mais l'intervention excessive de la mère finit par créer des troubles de l'image de soi ; si l'obésité persiste au moment du développement sexuel, les troubles risquent de s'aggraver encore.

- dans les hypertrophies du tissu mammaire, avec nodules uni ou bilatéraux, ce qui est fréquent chez le garçon à l'époque pubertaire, il est rare d'observer un retentissement sur l'image de soi, sauf toutefois en présence de l'anxiété de la mère, du médecin, à laquelle l'enfant ne manquera pas de réagir. Si par contre la gynécomastie se développe plus tard, vers la fin de l'adolescence et apparait très visible au simple coup d'oeil, le jeune homme risque souvent de réagir par des adaptations pathologiques à cette perturbation de l'image de soi ;

- dans le cas de tailles exiguës, qu'il s'agisse de la limite inférieure de la normale, ou de nanisme vrai, on comprend que l'image corporelle perturbée ait des incidences nocives sur l'adaptation ; mais ici encore les attitudes parentales et sociales constituent des facteurs prédisposants. Depuis la petite enfance, le petit garçon sait qu'il grandit, qu'il aura telle taille à tel âge ; puis, à l'adolescence, la croissance s'arrête, le désespérant justement à un moment où les tailles élevées ont le plus d'impact sur le plan social et professionnel. Cette question ne se pose pas pour les filles, qui s'acceptent et se font accepter même si elles restent de petite taille ;

- dans les retards pubertaires, en dehors de toute cause endocrinologique, l'image de soi risque d'être aussi perturbée que chez les sujets trop petits - ou trop grands. Garçons et filles pensent qu'ils n'atteindront jamais la maturité : pour les premiers, ce sont les dimensions de la verge, la pilosité, le développement musculaire général, qui les inquiètent : pour les secondes, les premières règles, le développement mammaire, sont trop tardifs. Mais généralement à l'installation de la

puberté, spontanée ou en cas de besoin après hormonothérapie, tout va rentrer dans l'ordre, l'image corporelle est modifiée, si l'adaptation au nouveau soi est sans problème ;

- dans les absences de développement mammaire, la jeune fille ayant atteint l'âge de 15 ans va souffrir de la divergence entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale. Mais les perturbations seront favorisées et aggravées par les standards culturels de la société, par l'attitude de la jeune fille vis-à-vis de sa sexualité. Certaines filles rejettent leur féminité et se félicitent de l'absence de seins, mais pour les autres, c'est une situation intolérable à laquelle elles ne peuvent s'adapter : parfois, comme dans le cas de SCHAUFFER, l'évolution se fait vers une tentative de suicide, plutôt que de supporter cette privation du symbole de la féminité. On peut également citer les bouleversements provoqués par une hypertrophie mammaire, uni ou bilatérale par l'hirsutisme facial et corporel. Dans tous ces cas il faut parfois intervenir, par une correction esthétique et proposer une psychothérapie appropriée : faute de quoi on risque de voir se constituer un syndrome vraiment psychopathique dominé par la tendance hypocondriaque.

V- DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Par elle-même, la notion d'hypocondrie comporte en soi un dilemne difficile à trancher, puisque les conséquences risquent d'être graves si la décision est erronée. Devant un sujet qui se plaint, nous l'avons vu, de douleurs et surtout de troubles accusés, divers, on est en droit de se demander si la maladie est réelle, ou imaginaire. Les examens cliniques, radiologiques, biologiques, ont été multipliés en pure perte, puisqu'ils reviennent tous négatifs. Cependant le médecin a été frappé par la nervosité de son malade, l'excès de ses réactions, de son anxiété. Il redoute par conséquent de méconnaitre une lésion organique bien réelle, qui n'a pas fait sa preuve. Ses craintes sont d'autant plus justifiées que nombreux sont les cas dans lesquels des patients considérés comme hypocondriaques se sont finalement révélés être porteurs de lésions bien réelles mais interprétées par les malades par des thèmes délirants. On cite ce malade qui affirmait avoir un crapaud dans l'estomac, et chez qui finalement on devait diagnostiquer un cancer gastrique.

Le problème du diagnostic de l'hypocondrie s'est encore compliqué des acquisitions faites dans le domaine de la médecine psycho-somatique. On sait maintenant que troubles organiques et troubles psychiques peuvent se trouver étroitement intriqués, qu'un syndrome hypocondriaque ne permet pas de conclure à l'absence d'une authentique affection viscérale. Somatique et psychique, les deux termes ne s'opposent plus, ne s'excluent plus. EY a fort bien formulé les éléments du diagnostic de l'hypocondrie en écrivant que les critères doivent rester

qu'elle soit ou non appliquée à un syndrome organique, la structure névrotique de l'anxiété diffuse et obsédante, le comportement sado-masochiste du sujet, les antécédents et le caractère du malade, enfin l'importance du syndrome neuro-végétatif ou fonctionnel, caractérisé par sa diffusion, et ses variations émotionnelles. Ce diagnostic, poursuit H. EY, sera porté aussi bien dans les cas de préoccupations anxieuses cum materia, car il ne suffit pas que le malade souffre par exemple d'un ulcus peptique pour qu'il cesse d'être un hypocondriaque, que dans les cas d'hypocondrie sine materia, car nous ne saurons jamais s'il n'y a pas quelque épine irritative organique. C'est donc la structure de l'angoisse qui doit constituer la base du diagnostic d'hypocondrie dans tous les cas".

Le médecin comme le psychiatre sont donc menacés d'erreurs impardonnables qu'il leur faut à tout prix éviter :

. négliger une lésion organique qui se dissimule derrière une plainte hypocondrique, ou

. poursuivre abusivement examens et explorations à la recherche d'une affection, d'une lésion causale, alors que le tableau d'hypocondrie est évident.

On a ainsi établi que toute la symptomatologie gastro-névropathique est possible dans l'hypocondrie, qu'il s'agisse d'entérocolite membraneuse, de dilatation gastrique ; puis on élargit les syndromes en y incluant les cénestopathies, solaires, épigastriques, la pathologie non plus seulement viscérale, mais également splanchnique, neuro-végétative. Actuellement on admet la psychogénèse de ces troubles, qui englobent aussi bien l'ulcère gastrique, les tumeurs abdominales, etc ... Non seulement un trouble fonctionnel, mais aussi une lésion organique peuvent contribuer à l'hypocondrie : affection organique comportant un syndrome hypocondriaque, ou syndrome fonctionnel organo-végétatif admettant une grande part inconsciente conflictuelle. Il

n'est plus possible par conséquent de considérer l'hypocondrie comme purement psychique, ni la maladie lésionnelle comme purement organique. C'est pourquoi c'est davantage dans le domaine de l'analyse structurale que l'on trouvera les meilleurs critères positifs de l'hypocondrie, qu'elle soit ou non appliquée à un syndrome organique. Ces critères doivent donc être, nous l'avons indiqué plus haut en citant EY, la structure névrotique de l'anxiété diffuse et obsédante, le comportement sado-masochiste, les antécédents, le caractère du sujet, l'importance enfin du syndrome neuro-végétatif ou fonctionnel caractérisé par sa diffusion, par ses variations émotionnelles.

Quant au <u>diagnostic différentiel</u>, il porte et nous venons déjà de le voir, sur la découverte d'une affection organique véritable, à rechercher par une exploration clinique et paraclinique complète du sujet, tout en gardant à l'esprit la possible coexistence de l'hypocondrie et d'une altération organique. Mais surtout il s'agit de décider si l'on se trouve devant une hypocondrie majeure ou psychotique. Le symptôme hypocondriaque peut figurer dans maints tableaux psychiatriques, déséquilibre, schizophrénie, psychoe maniaco-dépressive, délire chronique et surtout paranoïaque, états démentiels, etc .... Dans le cas d'hypocondrie psychotique, le délire est le critère majeur. Pourtant il peut être difficile à affirmer, parce qu'il est très proche de la rationalisation cénestopathique non délirante. Pour aider au diagnostic on prendra en considération les caractères du thème délirant, en retenant ces deux aspects essentiels :

- le thème de préjudice corporel avec revendication. IL n'est pas impossible que l'origine, traumatique, chirurgicale, soit réelle. Une telle hypocondrie est alors constituée sous la forme d'une sinistrose telle que l'avait décrite BRISSAUD en 1908 : ici le préjudice est nettement délirant, il est ramené à l'action d'un persécuteur. Il est possible de voir ce type

de délire donner lieu à des conduites de violence, de haine, voire aboutir à un meurtre ;

- le thème de transformation corporelle avec modification, altération, absence, ou remplacement des organes : le syndrome de COTARD se rattache à de tels faits. Il existe aussi, nous l'avons vu plus haut, des thèmes de grossesse, des thèmes de possession, des thèmes de zoopathie, d'agression corporelle. Ce sont de véritables délires hallucinatoires d'action extérieure.

Un diagnostic différentiel à considérer est celui qui concerne l'hypocondrie et la dysmorphophobie de l'adolescent. Le terme de dysmorphophobie a été créé par KRAEPELIN qui définit cette préoccupation anormale concernant l'esthétique du corps comme "un phénomène obsessionnel non délirant." De son côté JANET parlait de "honte de son propre corps" pour désigner des phénomènes qui pouvaient aussi bien être délirants qu'obsessionnels. FOURNET a cherché à préciser la valeur diagnostique de la dysmorphophobie susceptible d'apparaitre comme signe inaugural ou comme symptôme en cours de l'évolution de différents syndromes et maladies psychiques. Selon SCHONFELD, quatre facteurs sont responsables du déclenchement des dysmorphophobies chez les adolescents :

- la perception subjective de la transformation corporelle,

- les facteurs psychologiques internalisés où les préoccupations concernant le développement physique ne sont qu'une rationalisation et une projection d'une frustration affective plus fondamentale,

- des facteurs sociologiques,

- une attitude dérivée de l'observation des autres.

Pour TOMKIEWICZ et FINDER, il existe à l'origine de la dysmorphophobie :

- une source biologique,
- une sorce affective,
- des facteurs sociaux d'aggravation.

La base même de la dysmorphophobie, selon ces auteurs, est constituée chez les adolescents par la perception subjective des modifications corporelles, ou en d'autres termes, par les difficultés éprouvées dans l'intégration mentale d'une image du corps en pleine transformation. L'affection représente l'un des signes de la difficulté ou du refus d'identification aux adultes. Leurs observations ont été faites, entre autres, en Foyer de Semi Liberté chez un groupe d'adolescents, chez lesquels on trouve avec une particulière fréquence la carence paternelle, les perturbations des relations familiales, deux éléments à considérer comme la cause essentielle de la dysmorphophobie des adolescents. SCHONFELD et MALE considèrent la dysmorphophobie avouée comme un écran, fréquent, d'une angoisse plus profonde concernant la virilité. La dysmorphophobie constitue l'un des signes de reviviscence des conflits anciens, plus ou moins estompés en phase de latence. On voit ainsi que à certains égards, la dysmorphophobie contracte des parentés, une ressemblance avec l'hypocondrie de l'adolescent. Pourtant des différences profondes les divisent. Certes la dysmorphophobie, comme l'hypocondrie, peut marquer le début d'une schizophrénie. Mais le plus souvent il s'agit ou bien d'une réaction caractérielle passagère, ou bien d'un trouble s'insérant, normalement, au cours de l'évolution de la puberté. La différence apparait également en ce qui concerne les méthodes de traitement et leurs résultats, puisque des psychothérapies simples amènent la guérison de ces manifestations de dysmorphophobie, spontanément curables, alors qu'en cas d'hypocondrie survenant en bouffées chez l'adolescent, il est nécessaire de procéder à une hospitalisation en milieu spécialisé car ces manifestations

s'accompagnent d'une profonde angoisse, en rapport à la remise en question permanente du corps par l'adolescent.

Nous esquisserons le traitement de l'hypocondrie de l'adolescent, en insistant sur la valeur thérapeutique du médecin ; on s'efforcera d'accepter la plainte hypocondriaque sans oublier qu'elle recèle une composante agressive et le désir de mettre autrui en échec. Il faut avant tout éviter, limiter, les interventions médicales et chirurgicales, si souvent réclamées par le malade, puisqu'elles seraient sans action sur l'hypocondrie proprement dite. Selon qu'il s'agit de névrose, ou de psychose, les indications s'orienteront vers la chimiothérapie ou vers la psychothérapie. Le traitement psychanalytique n'a guère de chance de succès étant donné l'importance du facteur narcissique dans la structure hypocondriaque.

Il est évident qu'une prophylaxie de l'hypocondrie de l'adolescent doit être possible : à l'échelon familial celle-ci s'impose sans difficultés ; à l'échelon scolaire, social, les choses sont évidemment moins simples. Mais l'étude des anamnétiques présents dans les cas d'hypocondrie adolescente montre sans contestation possible le rôle prédisposant et déclenchant des conflits et perturbations qui n'ont pas manqué de traumatiser l'enfant et l'adolescent, en même temps qu'ils rendaient impossible une adaptation satisfaisante par l'intervention parentale appropriée. Nombre d'enfants se développent harmonieusement malgré des conditions ambiantes défavorables. Il faut donc à la fois des facteurs exogènes et un terrain fragile pour qu'éclosent des déséquilibres tels que ceux présents dans les états hypocondriaques.

Par contre, la prescription médicamenteuse, en réponse à la demande s'avère la plupart du temps nécessaire pour apaiser l'angoisse et, s'il s'agit de tranquillisants ou plus de neuroleptiques, modifier l'investissement défensif vers le corps dans

le sens susbivalent à la fois d'un chatiment et d'une gratification.

En effet, chez beaucoup de ces sujets, l'imprégnation neuroleptique, par l'effet de dépersonnalisation artificielle qu'elle réalise parfois, libère le Moi du court circuit hypocondriaque où les conflits ne peuvent s'exprimer que par l'intermédiaire d'un corps "parlant". A partir de là, l'angoisse étant réduite à des proportions supportables, on peut envisager avec le malade une action psychothérapeutique plus en profondeur.

Cette dernière ne sera pas prise à la légère et tiendra compte de la découverte du patient, de son niveau intellectuel, de la quantité d'angoisse qu'il est capable de supporter, de son degré "d' insight" dans la prise de conscience de ses problèmes. La cure type analytique est, il faut bien le dire, une indication rarement posée, les difficultés d'une cure verbale avec les adolescents sont considérables, en fonction même du surinvestissement narcissique. Ce sont des difficultés pratiquement analogues de celles que l'on rencontre dans les névroses serrées de caractère, avec au surplus le danger de traiter un Moi fragile, mouvant, qui peut se décompenser gravement en un passage à l'acte grave aussi, voire suicidaire, ou tout au moins se traduire par la rupture de la cure.

Dans cette perspective, des techniques intermédiaires, type relaxation, apparaissent comme favorables pour amener l'adolescent à renoncer à sa défense majeure, la régression vers l'investissement corporel et accéder à la verbalisation.

VI- PERSPECTIVES DYNAMIQUES

On sait que dans l'Introduction au Narcissisme, FREUD propose de ranger l'hypocondrie, avec la neurasthénie et la névrose d'angoisse, dans le cadre des névroses actuelles. Ces dernières, par opposition aux névroses de transfert, se définissent dans le fait que symptômes qui les constituent relèvent directement d'une perturbation de l'économie libidinale. On ne retrouve pas en elles l'actualisation d'une question historiquement déterminée, mais seulement l'actualité d'une expérience somatique qu'on ne peut connoter à des contenus significatifs, à des surdéterminations inconscientes. Sans nous étendre sur la controverse suscitée dans la pensée psychanalytique par cette notion de "névrose actuelle", on convient généralement que les symptômes actuels - c'est-à-dire d'inhibition non spécifique - se rencontrent dans la plupart des états névrotiques, mais jamais isolés, jamais à l'état pur. Et l'intérêt se reporte dès lors vers les constellations conflictuelles sous-jacentes à la symptomatologie fonctionnelle que mettent en avant certains malades.

Dans son article de 1913, FREUD voit dans l'hypocondrie- avec la maladie organique et le choix d'objet dans la vie amoureuse - une voie possible dans l'approche du narcissisme. Etudiant la question de la libido du Moi, au stade où il en est de son élaboration théorique, il établit un parallèle entre la névrose d'angoisse et l'hystérie d'une part, entre la paraphrénie et l'hypocondrie d'autre part.

"L'hypocondrie est dans une relation à la paraphrénie semblable à celle des autres névroses actuelles par rapport à l'hystérie et la névrose obsessionnelle, elle dépendrait donc de la libido du moi, de même que les autres dépendent de la libido d'objet ; l'angoisse hypocondriaque serait, de la part de la libido du moi, le pendant de l'angoisse névrotique (FREUD op Cit. p. 90-91)."

Ainsi donc, dans les névroses narcissiques, la libido, "demeure libre par frustration, ne demeure pas attachée à des objets dans le fantasme, mais se retire vers le moi ; le délire des grandeurs répond alors au processus psychique de cette masse de libido ... (et) ... l'hypocondrie de la paraphrénie, homologue de l'angoisse des névroses de transfert, sort de l'échec de cette action psychique".

Si l'hypocondrie est donc un trouble de la libido du Moi - stase de la libido - puis échec dans la tentative de maitrise de cette libido - le Moi doit être compris en relation intime avec l'image du corps "le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface. (FREUD, le Moi et le Ca).

Le Moi est donc pour Freud à la fois représentation de la corporeité et lieu d'un travail, celui de la représentation en tant qu'il met en forme l'activité pulsionnelle. Cette mise en forme n'est pas la traduction pure et simple des mouvements de l'inconscient. Nous savons qu'y interfèrent les mécanismes de défense. Au niveau du Moi on pourra donc envisager à la fois, l'antagonisme des pulsions de vie et des pulsions de mort en tant que support de l'amour et de la destruction du corps propre dans leur relation avec l'investissement narcissique, et les mécanismes défensifs, opposition du Moi au Ca dont le rôle essentiel sera de régler le registre névrotique ou psychotique où l'image du corps se projettera.

L'hypocondrie apparait comme un symptôme charnière où l'angoisse est vécue dans la matérialité même de l'existence personnelle, objectivée, incarnée dans la vie du corps et de ses organes, en tant qu'il est à la fois porteur de l'existence et moyen de communication. On peut la considérer comme un trouble de l'identité dans la mesure où l'image du corps conditionne le sentiment de cohésion de la personne. Mais, dans d'autres cas, l'altération de la conscience de soi est éprouvée et exprimée au niveau psychologique de la réalité de la personne, du sentiment de l'existence intime de soi-même ou de ses limites : il s'agit alors d'un état de dépersonnalisation. Comme la forme hypocondriaque de la schizophrénie le montre, l'hypocondrie se présente comme une forme intermédiaire où l'angoisse et les mécanismes de défense mis en oeuvre pour l'endiguer trouvent à se localiser dans une lutte contre la dépersonnalisation.

Cette lutte prend souvent une forme dramatique à l'adolescence dans la mesure où les transformations physiques et psychologiques qui caractérisent cet âge bouleversent considérablement l'équilibre du corps confrontant l'adolescent à la redoutable tâche de la constitution de son identité. En effet, la transformation dont il est à la fois sujet et objet est déterminée par une modification de son corps et donc par une remise en cause de ses relations intérieures avec son corps. La maturation des organes génitaux en même temps éveille la fierté et réveille l'angoisse du conflit oedipien qui, avec ses pulsions et ses défenses en remaniement, va être la trame de l'évolution relationnelle de l'adolescent. Les transformations physiques extra-génitales sont érotisées et deviennent le support du déplacement du conflit oedipien. Mais elles sont en même temps ressenties à un niveau plus archaïque, touchant à la conscience du corps propre et réalisant un trouble du schéma corporel. Une modification brusque de la force musculaire et des dimensions des segments remettent en question la perception de ses propres

dimensions et de celles du milieu humain et matériel dans lequel l'adolescent évolue. Cette perte de l'instrument de mesure qui est la perception du corps propre constitue un véritable déficit psycho-moteur transitoire.

On peut donc dire que les modifications physiologiques et morphologiques de l'adolescent accompagnées de la confrontation avec des besoins sexuels jusque là méconnus comme tels, sont un de ces bouleversements de nature à modifier l'équilibre précédemment acquis et aussi à réveiller l'angoisse du ler âge sous forme de cette interrogation précise : qu'est-ce que je suis et qui je suis ? et comment faire pour être ?

Si les besoins sexuels trament constamment toutes les étapes de l'évolution individuelle ils demeurent inconscients comme tels, dans la mesure où l'enfant ne se connait pas d'instrument sexuel spécifique même lors du plaisir masturbatoire. Or, l'adolescent est confronté avec une acquisition instrumentale qui lui donne un sentiment de fierté largement dépassé par la crainte que la disparition d'un tel instrument en lui suscite et par le sentiment immédiat d'une sorte d'inutilité, car en fait il ne voit pas comment il pourrait s'en servir. De là, un sentiment d'inadéquation, qui très exactement dans notre contexte socio-culturel est en soi-même une source d'interrogations anxieuses, explicites ou implicites.

Interrogation, angoisse, l'adolescence s'offre comme une crise où se conjuguent étroitement le doute de l'identité et les remaniements identificatoires. L'acquisition d'un appareil génital d'adulte induit chez l'adolescent la reviviscence des conflits fantasmatiques - oedipiens ou archaïques - que la période de latence avait relativement éteints. Tout le système relationnel de l'adolescent par rapport aux images parentales se trouve, du fait des modifications survenues dans sa personne, bouleversé, et il est en proie au désir conscient de rejeter brutalement ces images parentales pour pouvoir s'affirmer.

Toutefois, le rejet, motivé par l'angoisse induite par le rejet oedipien et par la prévalence de la libido narcissique destinée à une distanciation d'avec les relations objectales conflictuelles ne saurait mettre à l'abri l'adolescent d'une autre angoisse plus profonde qui est l'angoisse concernant la cohésion de sa personne. Il se veut étranger aux autres et se retrouve étranger à lui-même. Il en résulte un sentiment intense de solitude qui peut comporter un certain degré de satisfaction narcissique secondaire mais qui compense mal une blessure narcissique profonde se traduisant par le sentiment qu'à l'adolescent de ne pouvoir être aimé. On peut donc remarquer que toutes les tentatives de réponse narcissique tendant à apaiser l'angoisse des relations objectales se trouvent à leur tour devenir anxiogènes, en fin de compte l'adolescent qui ne peut ni ne veut s'identifier aux autres, ne peut non plus s'identifier en quelque sorte à lui-même, car il ne sait plus ce qu'il est.

Si nous insistons sur cet aspect des investissements narcissiques et objectaux de la "crise" adolescente c'est qu'ils nous paraissent conditionner le risque d'un trouble profond de l'estime de soi dont l'hypocondrie sera à la fois l'expression et la défense. En effet, si l'adolescent est en plein élan vital, il reste que son estime de soi ne peut s'alimenter que de projets, virtualités, rêveries non seulement sexuelles mais mégalomaniaques qui ne sont que palliatives et ne lui apportent aucune assurance réelle. Bien que soumis à des transformations qui le remettent en question son corps apparaît comme le garant de ses possibilités.

Alors que dans l'enfance, l'estime de soi était assurée, à la fois grâce à la réserve du narcissisme primaire, à l'apport objectal de l'amour parental et à l'apport résultant de la conformité aux idéaux intériorisés, le Moi adolescent ne se soutient plus des apports gratifiants de l'autorité - contestée -, des investissements sur les images parentales - en voie d'abandon -

ni des relations objectales nouvelles - non encore établies. On assiste donc dans l'adolescence en fonction même des modifications corporelles qui en sont la source, à une rupture de l'équilibre économique de la période de latence entre la libido objectale et la libido narcissique. La prévalence de la libido narcissique n'est pas de nature à apporter des satisfactions suffisantes et suffisamment tolérables pour apaiser les conflits objectaux, qui remettent en cause l'intégrité de la personne soit sous la forme d'une reviviscence de l'angoisse oedipienne de castration, soit sous la forme de l'angoisse archaïque de morcellement, la seconde sous-tendant inévitablement la première. Le reflux narcissique avec l'hypertrophie de l'investissement corporel, font du corps une sorte d'instance narcissique dont l'estime de soi dépend pour la plus grande part.

Parmi les multiples essais défensifs, la régression est tentante, favorisée par le souvenir des plaisirs infantiles et la réactivation des pulsions pré-génitales. Mais la régression parfois satisfaisante amène aussi à l'amertume. Les plaisirs de l'enfance n'effacent pas la blessure de l'amputation génitale qu'elle suppose et la perte de l'objet oedipien.

Le jeune est tenté de réparer la blessure qu'il subit ainsi en opérant un repli narcissique d'ailleurs favorisé par la réactivation des positions narcissiques caractéristiques du début de l'adolescence. Ce repli évite apparemment le danger et a valeur réparatrice, mais en fait aggrave les pertes et les blessures. Il confirme la perte d'objet oedipien et le renoncement à la génitalité. Il oblige le jeune qui veut rester enfermé dans ses limites narcissiques, à lutter contre son surcroît d'énergie qui le pousse à progresser et aller vers le monde. Un renoncement aussi massif est impossible s'il n'est pas psychotique. Le seul compromis possible pour l'adolescent, s'il ne veut pas renoncer entièrement à sa maturation génitale, est l'activité masturbatoire. Or, malgré toutes les informations

qui lui sont fournies à ce sujet par le contexte socio-culturel, l'adolescent en a honte et peur. Tout d'abord, parce que la masturbation lui est une preuve qu'il est seul et que la solitude qu'il prétend rechercher, est toujours une blessure. La masturbation altère son image de lui-même et altère de ce fait, son estime de soi et son idéal du Moi. A un niveau moins conscient, il trouve dans la masturbation le témoignage de l'inadéquation de son appareil génital dont il sent bien qu'il est un instrument de relation à autrui. Enfin, à un niveau plus profond, le plaisir que l'adolescent en éprouve, entraîne l'angoisse inhérente au conflit oedipien, d'abord l'angoisse de castration, puis plus profondément l'angoisse de morcellement qui la sous-tend.

Tous ces éléments, où les avatars de la libido narcissique et objectale, et où le symptôme hypocondrique prend son sens, peuvent s'illustrer par le cas suivant :

OBSERVATION N° III

Le jeune André ... 16 ans, nous est envoyé pour psychothérapie. Depuis 3 mois environ, il souffre d'une douleur à la cuisse gauche. Cette douleur, qui a réveillé le malade en pleine nuit, d'abord étiquetée comme "crampe", se reproduit plusieurs fois par jour à la face interne de la cuisse, par des paroxysmes survenant sur un fond douloureux. Tantôt, la douleur se concentre sous la forme "d'une boule musculaire, tendue, sensible" et qu'André peut percevoir de la main, tantôt la boule se relâche, "diffusant la douleur" à l'ensemble de la cuisse. Depuis l'apparition de son symptôme, André n'est plus qu'attentif qu'à son membre malade.

Sort-il dans la rue, qu'il s'attend d'un moment à l'autre à ce que sa jambe le lâche, l'obligeant à s'assoir sur un banc en attendant de rentrer chez lui. Travaille-t-il le soir à ses devoirs, que la lancinante question de son mal lui brouille les idées. Au moment de se coucher, il se masse longuement la cuisse pour arriver à s'endormir. D'ailleurs, depuis cette époque, dit-il, il dort très mal et fait de nombreux cauchemars.

André a naturellement consulté de nombreux médecins. Les examens cliniques, radiologiques ont toujours été négatifs, ce dont le malade se plaint sans pour autant, apparemment s'en étonner. Il évoque le caractère mystérieux de sa maladie et se plonge depuis quelques semaines dans les traités médicaux, anxieux de trouver enfin une explication, une loi qui pourrait rendre compte de son état.

En fait, André a cessé toute activité qui soit extérieure à la rumination interrogative de sa maladie. Il ne sort pratiquement plus, sauf pour se traîner en boitillant vers son

école à laquelle il ne voit plus aucun sens ; il délaisse ses disques de musique Pop, témoignage pour lui d'une vitalité perdue, et reclus dans sa chambre, laisse se dérouler un bruit radiophonique pour, dit-il, "qu'il y ait au moins quelque chose". En effet, ce qui nous apparaît le plus caractéristique chez André, dans l'"actuel", c'est cette renonciation à tout désir en lui, cette impossibilité à assumer toute intention singulière. André s'avère capable de parler de ce qui le meut, mais comme de quelque chose d'extérieur à lui, auquel il se réfère en parlant du passé et en s'enfermant lui-même dans des conceptualisations où il s'avère avoir perdu toute relations avec ce dont il parle. Il ne nous parle pas à nous comme personne porteuse de sa propre subjectivité, mais il nous parle de lui, nous faisant pour ainsi dire le témoin de sa propre distance à ses désirs. C'est donc une existence où tout engagement spontané est absent qu'il nous décrit. Tout ce qu'il peut fantasmer comme pouvant colorer la monotonie de sa vie, est envisagé par lui comme venant de l'extérieur ; incidents divers, qui viendraient briser malgré lui l'absence de toute réaction subjective. Il fantasme ainsi à de nombreuses reprises des scènes de noyade - il est très bon nageur - ou, oubliant sa jambe, et sa morosité, il vole et plonge au secours des victimes en péril ...

Comment André en est-il arrivé là ? A toute initiative de notre part, l'engageant à tracer sa propre histoire, il met immédiatement en avant la maladie qui a mis sa santé en danger, dévoilant ainsi le caractère défensif de la douleur qui fait de lui un quasi infirme. Toute parole en référence à un projet qui l'impliquerait en tant que sujet, n'est supportable que si elle est objectivée sur le plan discours logique. Il s'agit donc d'une distenciation systématique par rapport au vécu immédiat. Par ailleurs, toute intention de notre part fait l'objet de fermes dénégations, ou interruptions interloquées suivies de plaintes à propos de son symptôme qui, de son

aveu même, est informulable, tant l'ineffable de son cas, le protège de tout rapprochement de ma part. C'est donc, dans ce dialogue de sourds, moi écoutant, lui, étonné de sa propre parole, que nous pouvons reconstituer l'histoire suivante :

Une éducation dans un pensionnat religieux avec une scolarité disons banale. A la puberté, découverte de la masturbation dans la honte et la solitude, plaisir cependant vite recherché, puis subi, pour ne plus devenir actuellement que l'intermédiaire d'une détente où l'absence de désir se confond avec le sommeil retrouvé. Et, chez ce jeune adolescent déjà mûr et déjà seul, la rumination de fantasmes sexuels qui ne sont cultivés que pour mieux s'en désolidariser, tant la répression scolaire et familiale qu'il pressent, sont là pour confirmer l'inderdit qu'il porte en lui-même. C'est alors l'alternance de périodes d'ascétisme sexuel où, sous prétexte de rendement scolaire, il s'interdit toute pratique masturbatoire, et de périodes, où, avec la liberté retrouvée des vacances, il s'adonne avec frénésie au plaisir solitaire.

Il y a deux ans, alors qu'il à 14 ans, les parents, pour des raisons qu'il formule mal, décident de le faire revenir au domicilefamilial. André se trouve alors confronté à la réalité concrète du réseau de relations à l'intérieur de la famille. Le père, homme sec et dur, imbu de sa réussite professionnelle, fuyant toute relation affectueuse, ne prenant la parole que pour stigmatiser la nullité de son fils et l'incapacité de sa femme de mener correctement la marche de la maison. La mère, drapée dans une dignité silencieuse, semble vouloir protéger son fils contre l'incompréhension de ce père qui veut envoyer André "dans une boîte où il sera vissé". En effet, depuis plusieurs mois - donc bien antérieurement à l'apparition du symptôme hypocondriaque - André se réfugie dans une passivité extérieure pour tout ce qui concerne le travail scolaire. Cette absence à tout

ce qu'il fait, a entraîné le passage dans de nombreux établissements. Malgré l'hostilité qu'il porte à son père, André estime d'ailleurs que ce dernier aurait dû se montrer encore plus ferme et le "mettre dans une situation où il n'aurait eu rien d'autre à faire que de travailler".

Il considère enfin que son état actuel n'est "finalement que la suite logique de cette période où "tout a commencé à mal aller et où tout a commencé à se dégrader pour lui". Nous devons nous interroger sur le sens de la position que prend André par rapport aux images parentales.

Dans le comportement de son père, André ne peut trouver la possibilité de s'identifier à lui, mais se trouve de plus, identifié à la mère passive et châtrée. Lui-même se trouve dès lors remis en question. Est-il cet homme que la puberté a fait de lui, mais alors il doit être comme son père, injuste, dur, et n'aimant que son travail, est-il plus affectueux, se reconnaissant porteur de désir et il devient comme sa mère, châtré, passif, inefficace et que peut-il bien faire de ses intentions d'homme et de son corps d'homme ?

C'est ainsi qu'il choisit cette attitude de compromis, semblant rejeter à la fois les deux images parentales, mais en fait, s'identifiant à la mère dans l'inefficacité passive, tout en conservant l'idéal de son père dans le jugement défavorable qu'il porte sur lui. Dans ce compromis identificatoire, il n'y a pour lui, André, plus aucune place. Son corps ne lui sert à rien, pas plus d'ailleurs que son intelligence dont le maniement utile signifierait la possession de la virilité. Il ne peut qu'accepter passivement une identification à la mère, dont il ne veut pas, et en fin de compte trouve une sorte d'équilibre en se déniant. La seule façon de porter son père en lui, est, étant mauvais, et le sachant, de porter ce savoir comme une planche de salut. Cette position, qu'est celle du surmoi paternel et qui est un des moments de résolution du conflit oedipien, bloque

cependant toute possibilité d'évolution chez André pour autant que ce surmoi inexorable vient prendre la place de l'idéal du Moi. Toutefois, ce surmoi paternel dont il fait sa personne, le protège contre une identification maternelle qui implique une castration et plus profondément, l'amputation d'une partie de sa personne, réveillant l'angoisse de castration.

Nous allons voir que cette protection n'était qu'illusion et que l'hypocondrie vient se placer comme défense ultime contre des positions plus franchement psychotiques.

Durant l'été qui précède, le début du traitement, André, devant suivre des cours de rattrapage, reste à Paris avec son père, sa mère étant partie se reposer dans sa propre famille à la montagne. Se produit alors un incident qui vient aggraver la situation. Délaissant une après-midi son école, André rentre plus tôt que prévu à la maison, pour surprendre son père en conversation manifestement galante avec une employée qui, entr'aperçue à l'usine paternelle par André, faisait l'objet secret de ses fantasmes masturbatoires.

Dès lors, ce n'est plus au père oedipien qu'André peut s'adresser pour accéder à la génitalisation de ses désirs - c'est-à-dire au père, mari de la mère - mais c'est à un rival réel qu'il a désormais affaire. Le renversement de la problématique oedipienne s'ouvre pour André sur une impasse qui est également sa seule issue, car c'est dans la direction de sa mère qu'il va maintenant se tourner dans le drame du désir incestueux qu'il s'interdit. La solution choisie, c'est solidaire avec la position maternelle, le renoncement, l'exil de la dépression et, en fin de compte, la castration de soi-même.

C'est donc en s'aliénant dans sa mère, qu'André, dans une position pré-psychotique, va trouver une issue dans une somatisation de son angoisse. Menacé dans son être même, il ne va

pouvoir être qu'en tant qu'il souffre, qu'en tant qu'il va porter en lui, introjecté, ce qui manque à la mère, pour vivre, aimer et désirer.

On peut d'ailleurs se demander ce qu'il en a été de la naissance de cet enfant, et si la mère d'André n'est pas de ces mères de psychotique pour qui, leur enfant n'est jamais celui qui est donné à reconnaître au mari comme le sien, en témoignage d'amour, mais qui, portant en elle la frustration de l'amour de leur propre père, ne voit dans le géniteur que l'instrument de leur désir captatif. L'enfant, substitut phallique, totalement investi par la mère, n'est plus là désormais que pour signifier aux yeux de la mère, le rejet du père. On conçoit que l'enfant de la place où il est, ne puisse situer son devenir phallique qu'à l'intérieur de ce personnage tout puissant en lequel se confond finalement les images parentales de la triangulation oedipienne.

Que la mère d'André porte le deuil mélancolique de son père, c'est en tous cas le thème qu'aborde notre jeune patient et qui, lui permettant d'assimiler à quelle place il s'est mis pour éviter une angoisse de séparation vécue par lui comme mortelle, lui ouvre enfin l'accès à ses désirs singuliers et à son autonomie.

Lorsqu'il nous quitte, il n'a pas résolu, loin de là, toutes ses questions mais c'est désormais en son nom propre qu'il les pose "oubliant" déjà depuis de nombreuses semaines de nous parler de son corps malade. Ceci, pour émettre une dernière hypothèse ; si l'hypocondrie est une défense dans une relation psychotisante à la mère, ce n'est pas de n'importe qu'elle mère dont il s'agit, mais de ces mères mélancoliques où l'enfant viendra se mettre à la place de l'objet perdu.

. .

L'angoisse - et sur ce point la plupart des auteurs sont d'accord - à la source du symptôme hypocondriaque est l'angoisse de castration. Au moment de la puberté, l'image du corps reçoit les derniers apports intégratifs. L'apparition des caractères sexuels secondaires et la transformation des primaires provoquent un besoin de recomposer l'image corporelle. Le problème s'articule avec celui de la stabilisation de l'identité personnelle. L'adolescent vit l'apparition de la nouvelle forme corporelle comme si elle signifiait un renoncement "amputatif" à la forme antérieure. Sous le coup d'une angoisse sous-jacente plus ancienne et inconsciente, il s'ampute littéralement de la "dorme" en devenir. Le progrès, à partir de ce point, se fait à rebours. Le destin de l'hypocondriaque sera alors d'atteindre à la destruction de son corps, soit concrètement par le suicide, soit symboliquement par le délire de négation. L'angoisse, rationalisée, s'organise dans ces rationalisations. Ce cercle vicieux formé par le malade, lequel cherche un nom pour ce qu'il a, est ainsi entretenu par le médecin, qui fournit des réponses garanties par son autorité. Réponses qui livrent au malade un modèle de réduction symbolique par ce qu'il ressent en fait (c'est-à-dire le fantasme de castration).

Cette angoisse, qui est à la source du symptôme hypocondriaque, se transforme régressivement en angoisse de séparation. La "mauvaise mère" revit dans ce processus de recherche de la "bonne". L'organe parlant de l'hypocondrie prend les caractéristiques de l'objet archaïque frustrant et inaperçu, introjecté et projeté dans une oscillation permanente. Le corps redevient un corps imparfait, donc avide d'un nouveau perçu formatif. Ainsi, le corps du sujet redeviendra son objet d'amour, abolissant par là la perte réelle.

La forme psychotique correspondrait alors à un défaut de structuration oedipienne chez un sujet fixé aux objets partiels. Tout se passe dans l'hypocondrie comme si l'individu n'avait pas introjecté l'objet partiel, ou qu'il ait été absent ou trop frustrant. Le passage des étapes du corps morcelé au corps narcissique unifié s'est mal effectué. La fixation à ce niveau aboutit à une angoisse infiltrante insupportable qui peut se résoudre par la négation délirante de l'organe en cause. On peut penser que les mères d'hypocondriaques jouent un rôle important dans la pathogénèse. GREENACRE a montré comment ces mères, par leur attitude infantile, vis-à-vis des fonctions corporelles de leur enfant, provoquent inconsciemment chez celui-ci des accidents dans la formation de l'image corporelle. L'enfant est alors le symptôme du maternage pervers. Les manipulations et les excitations excessives et à contre-temps du corps de l'enfant, altèrent la répartition libidinale dans ce dernier ; il en résultera plus tard une véritable malformation des zones érogènes. Les conséquences au niveau des relations d'objet sont ainsi faciles à prévoir et de tels enfants à l'adolescence vivent la remise en question pubertaire comme une perte impossible à surmonter - car jamais comblée - Les précipitant vers la psychose. C'est dans ce contexte que l'on peut comprendre les particularités hébéphréniques de l'image corporelle apparente dans les phénomènes d'autoscopie. Dans l'anamnèse de ces cas, de nombreux auteurs trouvent un silence émotionnel à l'époque classique du conflit oedipien. L'entourage décrit une évolution tout à fait normale, en apparence. Ces enfants, précocément très sages, ne montrent aucun signe d'anxiété à l'époque de l'Oedipe. L'instabilité, la variété des schémas évolutifs qui sont habituels à cet âge, ne semblent pas exister. Finalement, comme dans l'identification typique de la psychose maniaco-dépressive (Adélaïde JOHNSON) le malade s'occupe de son corps comme s'il était son objet primitif d'amour.

A cette fixation, cet arrêt du développement psychique qui serait le lot des formes hypocondriaques de la schizophrénie ferait pendant, la seconde catégorie de troubles de l'image du corps - toujours de type hypocondriaque - qui correspondrait à une régression sous le primat du vécu prégénital. Dans ce cas, au-delà d'une apparente fixation, une régression surviendrait à partir d'un conflit oedipien puissant, dans la liquidation duquel un sur-moi trop sadique se met à traiter le moi comme s'il était l'inconscient. Nous rappelons ici - et ce sont des idées désormais classiques - que la formation du surmoi dépend certes de la liquidation du complexe d'Oedipe, mais aussi de la puissance énergétique de l'agressivité. Déjà, FENICHEL (1945) estimait que la pulsion en cause dans l'hypocondrie était l'agression sadique, dont le retour au moi est particulièrement fréquent sous l'effet de la culpabilité inconsciente. La première place serait tenue par la pulsion agressive détournée sur le corps. C'est ainsi que ROSENFELD (1958), s'inscrivant dans la ligne théorique de Mélanie KLEIN, utilise la conception du retour dans le corps des objets partiels attaqués. Pour lui, l'hypocondrie n'est pas seulement une régression, mais un système de protection contre la dissociation psychotique du moi soumis aux pulsions sadiques orales, qui sont signalées dans toute l'économie hypocondriaque.

Toutes ces données rentreraient dans le cadre de la névrose hypocondriaque et rendraient compte des manifestations aiguës, qui, sous l'influence de la poussée pubertaire, viendraient s'affirmer comme modeste défense paroxystique mais transitoire, caractéristique de cet âge. Le corps, incriminé mais surinvesti dans une tentative de déplacement de l'angoisse de castration, devient seul responsable de la transgression de l'interdit et la maladie permet une déculpabilisation tout en constituant un appel à l'aide destiné à polariser les effets médicaux sur la sphère corporelle. Le syndrôle hypocondriaque

montre clairement comment le corps est à la fois châtié dans l'incrimination implicite et l'objet d'une sollicitude angoissée. Disculpation déchargeant le sujet en incriminant le corps, effort de récupération de la valeur du corps espéré d'une intervention "magique", l'hypocondrie peut ainsi se comprendre comme l'ultime recours d'une conscience en détresse - celle de l'adolescent - ou la dernière tentative pour circonscrire une angoisse de morcellement inaugurant un processus schizophrénique.

Cependant, et quelles que soient les analogies symptomatologiques que nous pouvons relever entre les accidents aigus et la forme de passage hypocondriaque vers la schizophrénie, il convient sans doute de les distinguer formellement. En effet, la crise de l'adolescence qui peut revêtir dans certains cas des formes gravissimes reste néanmoins essentiellement différente en son organisation de ce que peut être la structure des adolescents schizophrénes. Cette crise qui bouleverse un moi en pleine évolution, l'obligeant à trouver parfois dans telle ou telle position régressive un équilibre utile à tel ou tel moment donné, ne saurait se confondre avec l'autisme schizophrénique où il s'agit d'un moi qui ne peut poursuivre son évolution et qui est amené en quelque sorte à des positions régressives très archaïques qui constituent le seul équilibre possible.

Il est vrai que c'est à partir de l'adolescence que se constituent, se fixent et se structurent dans leur forme définitive, les entités symptomatiques caractéristiques de l'adulte, mais ceci n'implique pas que c'est au sein de l'adolescence qu'on les trouve constituées. Il est vrai également que la crise adolescente implique une pathogénie possible, lorsque le remaniement critique de cette période du développement ne peut être intégrée en fonction des failles des étapes antérieures, mais implique aussi une possibilité résolutive bénéfique en cela qu'elle est précisément un remaniement inhérent à

l'évolution de l'individu. De fait, l'inquiétude de l'adolescent est telle qu'elle ne laisse pas s'instaurer un compromis symptomatique durable qui soit en mesure de les distancer efficacement de leur conflit. C'est ce qui explique l'extrême labilité des symptômes où la bouffée hypocondriaque aiguë vient s'offrir momentanément comme défense majeure. Il n'en reste pas moins qu'il convient de se méfier d'une erreur de diagnostic et que, devant une crise d'adolescence grave, il faut être attentif à déceler le début d'une évolution schizophrénique, ce qui n'entraîne pas qu'il faille considérer toute crise grave comme un début de schizophrénie.

C O N C L U S I O N S

I/ Nous avons limité notre étude aux phénomènes hypocondriaques de l'adolescence. A cet âge, la frontière entre l'hypocondrie, le domaine psychosomatique, les états de dépersonnalisation et d'angoisse est difficile à définir, au point que plusieurs auteurs estiment préférable d'abandonner complètement le terme d'hypocondrie. Cependant, bien qu'on ait du mal à les situer nosologiquement, les manifestations hypocondriaques correspondent assurément à une réalité clinique par leur fréquence et leur constance sur le plan symptomatologique.

II/ Actuellement, l'hypocondrie revêt un aspect bien particulier, avec ses tableaux cliniques divers, avec surtout un mécanisme d'installation fortement conditionné non plus seulement par des facteurs endogènes, mais aussi, sinon surtout, par des influences exogènes, familiales, sociales, professionnelles. Jamais, les problèmes de l'adolescence n'ont revêtu une telle acuité, par leur fréquence, leur gravité, l'attention aussi qu'on leur accorde. Dans le cas de l'hypocondrie de l'adolescence, dont nous avons pu nous-mêmes suivre trois observations, on se trouve devant des syndrômes qui diffèrent de ceux observés chez l'adulte, et c'est pour mieux cerner ces traits propres à l'hypocondrie juvénile, que nous avons entrepris le travail que nous présentons.

III/ L'âge imprime à l'hypocondrie des caractères particuliers : chez l'enfant, on la rencontre chez les émotifs, les anxieux, elle représente un mode de communication affective au sein de la relation parent-enfant : ainsi peuvent être conditionnées des psychopathies hypocondriaques à début précoce, durable, proches de la constitution hypocondriaque ou organique ; chez l'adolescent, l'hypocondrie témoigne de l'incapacité du sujet à acquérir son autonomie.

Le début brutal des troubles, la prévalence de la plainte hypocondriaque, l'angoisse manifeste et la bénignité relative du pronostic permettent de distinguer les manifestations hypocondriaques aiguës, des formes inaugurales de la schizophrénie où le début plus incidieux, la présence de signes associés, l'angoisse diffuse, les rechutes fréquentes, font porter un pronostic plus réservé.

IV/ Chez l'adolescent, le diagnostic positif et différentiel de l'hypocondrie est d'une extrême importance, mais en même temps, il est grevé de lourdes difficultés : devant des examens cliniques, biologiques, radiologiques négatifs, devant une nervosité, une anxiété anormale, faut-il conclure à la réalité d'une affection organique, ou à son caractère imaginaire ? La réponse est d'autant plus délicate que la découverte d'une affection viscérale n'exclut pas le diagnostic d'hypocondrie, et inversement. L'hypocondrie peut être réelle aussi bien cum que sine materia. C'est en définitive la structure névrotique ou psychotique de l'angoisse qui reste la base du diagnostic positif.

V/ Un diagnostic différentiel important réside dans la distinction entre hypocondrie et dysmorphophobie de l'adolescent, cette dernière apparaissant comme un des signes de la difficulté ou du refus d'identification aux adultes, comme un écran d'une angoisse plus profonde concernant la virilité. Proche à certains égards des bouffées hypocondriaques et pouvant elle aussi inaugurer une schizophrénie, elle s'en distingue par le fait qu'elle peut résider dans une réaction caractérielle passagère, ou dans un trouble s'insérant normalement dans l'évolution pubertaire. La dysmorphophobie est de pronostic beaucoup plus bénin, elle répond à des psychothérapies simples, alors que les manifestations hypocondriaques aiguës justifient une hospitalisation en milieu spécialisé.

VI/ Classée par FREUD dans le groupe des affections narcissiques, l'hypocondrie relève chez l'adolescent d'un trouble profond de l'estime de soi. Ce trouble, conditionné à l'adolescence, par le bouleversement de la poussée pubertaire, et la reviviscence de l'angoisse de castration, passe par une remise en question du corps où le symptôme hypocondriaque vient prendre son sens. Il s'affirme ainsi comme symptôme charnière où l'angoisse et les mécanismes de défense mis en oeuvre pour l'endiguer, trouvent à se localiser dans une lutte contre la dépersonnalisation. Nous avons distingué de la forme hypocondriaque inaugurale de la schizophrénie, les manifestations hypocondriaques aiguës liées à la problématique du corps et au désinvestissement des images parentales. Le repliement narcissique, caractéristique de cet âge, provoque la culpabilité inconsciente qui s'attache à l'érotisation du corps propre. Parmi les pulsions retirées des objets, et reportées vers les organes, les pulsions sadiques et

hostiles semblent tenir une place de premier plan. Dans les formes délirantes, la concentration narcissique des investissements qui s'opèrent dans l'hypocondrie, est elle-même angoissante et dangereuse. Le moi ne supporte pas l'afflux pulsionnel ainsi porté sur le corps propre dont l'image reste morcelée.

L'hypocondrie s'offre donc comme une des multiples solutions régressives - mais transitoires - spécifique de la crise adolescente, ou bien constitue un moment fécond dans la voie vers la dépersonnalisation et la dissociation.

VU : LE DOYEN

Signé : GROSSIORD

VU : LE PRESIDENT

Signé : GOULON

VU et Permis d'Imprimer
LE RECTEUR

Signé : MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ABADI M. -
L'hypocondrie
Riv. Psychanal. 1961, 18, p. 370-373

ABADIE J. -
L'hypocondrie et la constitution hypocondriaque
Paris 1930.

BARUK H. -
Traité de psychiatrie
Part. I Masson éd. Paris 1959

BERGMANN B. -
Zur Frage der organischen oder endogenen Enstehung der circumscripten Hypochondrie
Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. 1963, 15, p. 311-314

BILGUER J.U. -
Von der Hypochondrie
Copenhagen 1767.

BLOSS P. -
Les adolescents
Paris 1967 Stock éd. 282 pp

BRACHET J.L. -
Traité complet de l'hypochondrie
Paris Lyon 1844 739 pp

COTARD J. -
Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancholie anxieuse.
Ann. Méd. Psychol. 1880, 38, 68 pp.

COURBON P. -
Hypocondrie et pathologie du désoeuvrement
Ann. Méd. Psychol. 1931, 89, p. 300-302 et 337-343.

CURRAN F.J., FROSCH H. -
The body image in adolescent boys
Journ. Gen. Psychol. 1942, 60, p. 37-60

DELMAS F.A. -
Les rapports de l'hypocondrie et de la constitution paranoïaque.
Ann. Méd. Psych. 1931, 89, 11, p. 1-7

DUBOIS D'Amiens E.F. -
Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie
Paris 1833.

EBTINGER R., SICHEL J.P. -
L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent.
Confrontations psychiatriques 1971 n° 7 : Psychopathologie de l'adolescence p. 8I-IOI.

ESQUIROL J.E.D.
Des maladies mentales.
Paris 1838.

EY H. -
Hypocondrie in Etudes psychiatriques 2
Desclée de Brouwer éd. Paris 1950 p. 453-482.

FALRET J.P. -
De l'hypocondrie et du suicide
in EBTINGER Paris 1822 Groullebois éd. 519 pp.

FREUD A. -
Le rôle de la maladie somatique dans la vie psychologique de l'enfant.
Revue Fr. Psychanal. 1957, 21, p. 631-645.

FREUD S. -
La vie sexuelle
Paris PUF 1971

FREUD S. -
Essais de psychanalyse
Paris. Payot 1964.

GILLESPIE R.D. -
Hypochondria : its definition, nosology and psychopathology.
Guy's Hosp. Reports 1928, 78, p. 408-460.

GLADSTONE E.R. -
Etude des relations entre hypocondrie et narcissisme dans un cas de dépression névrotique
Bull. Soc. Fr. Rorschach 1963, n° 13-14 p. 7-19

HAIM A. -
Les suicides d'adolescent.
Paris. Payot 1970.

HENNE M. -
L'hypocondrie à travers les âges
Histoire de la Médecine 1955.

HESNARD A. -
Le mécanisme psychanalytique de la psychonévrose hypocondriaque
à propos d'une observation.
Revue Fr. Psychanal. 1929, 3, p. 110-124.

HESNARD A. -
Nouvelle contribution à l'étude psychanalytique de la psycho-névrose hypocondriaque.
Revue Fr. Psychanal. 1931, 4, p. 549-564.

HIGHMORE NATHAN -
Cause of hysteria and hypocondriac passion
Philosoph. Transact. 1669 B p. 1089

HUNTER R.C. -
Nosophobia and hypocondriasis in medical students
Journ. Nerv. Ment. Dis. 1964, 139, p. 147-152

JANZARIK W. -
Zur Klinik und Psychopathologie des hypochondrischen Syndroms
Nervenarzt 1959, 30, p. 539-545.

JOURNIAC -
Recherches sur le délire hypochondriaque
Thèse de Paris 1888.

KEHRER F. -
Uber Hypochondrie
Allg. aerztl. Zeitschr. Psychotherap. psyc. Hyg. 1929, 2, p. 472-507.
Zur Anatomie hypochondrischer Zustande
Arch. Psych. Nervenh. 1953, 190, p. 449-460.

KENYON F.E. -
Hypochondriasis : a survey of some historical, clinical and social aspects.
Brit. Journ. Med. Psychol. Juin 1965, 38, p. 117-133
Hypochondriasis : a clinical study
Brit. Journ. Psych. 1964, 110, p. 478-488.

LADEE G.A. -
Hypochondrische Syndromen
Thèse Amsterdam 1961 517 pp et
8° Amsterdam 1966 424 pp.

LEVY D.M. -
Body interest in children and hypochondriasis
Am. Journ. Psych. 1932, 12, p. 295-315.

MAB P. -
Psychothérapies de l'adolescent
Paris 1962, Pr. Univ. Fr. éd.

de MANDEVILLE B. -
A treatise on the hypochondric and hysteric diseases
Londres 1730.

MENDEL E. -
Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht
Deut. Med. Woch. 1889, p. 205-206.

NITSCHKE A. -
Hypochondria in Kinderalter
Nervenarzt 1960.

PILOWSKY I. -
Primary and secondary hypochondriasis
Acta Psych. Scand. Danemark 1970, 46, p. 273-285.

SCHONFELD W.A. -
Body image disturbances in adolescents with inappropriate sexual development
Am. Journ. Orthopsych. 1964, 34, p. 493-502.

SICHEL J.P. -
Les bouffées hypocondriaques aiguës de l'adolescence
Cahiers Psychiatrie 1967, 18-19, p. 159-180.

SMITH J.A. -
Hypochondriasis : symptome or entity
Psychosomatics 1970, 11, p. 413-415.

STENBACK A. -
Hypochondriasis and depression
Acta Psych. Scand. 1961, 37, p. 240-246, suppl. 162

TOMKIEWICZ S., FINDER J. -
La dysmorphophobie de l'adolescent VI° Congrès Internat.
Psychiatrie Infantile Edinbourg 1966.

WOLLENBERG R. -
Die hypochondrie in H. NOTHNAGEL
Handbuch spec. Path. Therap. 12 Vienne 1904, p. 1-66

WULFF E. -
Der Hypochonder und sein Leib
Nervenarzt 1958, 29, p. 60-71.

Séméiologie - Les altérations de la conscience de soi. Hypocondrie.
E.M.C. Psychiatrie 1961, 37125 A10, p. 8-14.

Psychiatrie - Névroses : l'hypocondrie névrotique
E.M.C. 1967.

Etude n° 17
Hypocondrie p. 454-482.

TABLE DES MATIERES

	Pages
I- INTRODUCTION	1
II- HISTORIQUE	4
III- OBSERVATIONS	10
IV- TABLEAUX CLINIQUES	18
V - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	35
VI- PERSPECTIVES DYNAMIQUES	42
VII- CONCLUSIONS	60
BIBLIOGRAPHIE	64